ANNO XXXVII Roma, 30 Giugno 1930 Num. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

Contributo alla conoscenza della patogenesi e della cura demolitiva-conservativa della cancrena gassosa.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

L'ultima guerra assieme ai suoi dolorosi insegnamenti sociali ci ha fornito molti insegnamenti tecnici, fra cui non sono trascurabili quelli chirurgici.

Trattamento preventivo e trattamento curativo delle infezioni chirurgiche hanno fatto per essa indubbiamente un grande passo avanti: non fosse per altro, perchè furono diffusi, con la forza persuasiva della dimostrazione pratica, quei concetti direttivi fondamentali su cui si impernia tutta la terapia chirurgica.

Maturando, a mia volta, con l'esperienza personale, nozioni teoriche e pratiche acquistate durante un tirocinio già allora non breve e che aveva a suo attivo la guerra di Libia e i due grandi terremoti di Sicilia e della Marsica, ma ch'era pur sempre inadeguato all'opera nuova che ci si chiedeva, io riassumevo nel *La Clinica Chirurgica* del 1917 i concetti terapeutici sulle infezioni gassose, scrivendo dall'ospedaletto da campo 103 a questo modo:

Se noi possiamo intervenire su una ferita complicata da infezione gassosa, quando il paziente è ancora in condizioni generali discrete, e, inciso convenientemente, raggiungiamo e asportiamo per intero il corpo estraneo che si troverà nel focolaio primitivo dell'infezione — generalmente il proietto accompagnato dallo straccio di indumenti — anche limitandoci a mettere allo scoperto, lungo gli spazi intermuscolari, i tessuti colpiti, fino a raggiungere tessuti decisamente sani, noi avremo molto probabilità — se non la certezza — di arrestare di netto l'infezione necrotica. Tanto più se useremo la precauzione di asportare addirittura quello che possiamo di necrosato o di sospetto, fosse pure un intero muscolo. In luogo della forma necrotica, continuerà in seguito il fatto suppurativo, che farà il suo corso, e che, sorpreso esso pure all'inizio e colto in tutta la sua estensione, cederà in breve tempo. E se mai il processo primitivo dovesse continuare perchè non tutto il tessuto infetto è stato messo allo scoperto, spesso ci rimarrà tempo di perseguitarlo localmente e di vincerlo.

Ma se non riusciamo a togliere il corpo estraneo che ha portato nei tessuti la causa infettante, sarà meglio — io credo — desistere dall'idea di dominare il processo con le sole incisioni (in tal caso anzichè procedere anatomicamente, bisogna distruggere).

La Sezione pratica del *Policlinico* dell'anno appresso pubblicava un altro mio scritto sull'argomento, il cui contenuto si legge tutto nel titolo: « Di certe ferite facilmente esposte alle infezioni cancrenose per le lesioni vasali che le accompagnano ».

Nell'una e nell'altra pubblicazione si tratta di concetti che possono essere, e sono, condivisi da tutti i *chirurgi*.

Ma gli insegnamenti, oltre che di affermarsi in linea di principio, hanno bisogno di radicarsi a mezzo di dettagli.

Non è la stessa cosa accettare una direttiva e, non dico vederla, ma, *metterla* alla prova caso per caso. Eppure l'utilità che da essa può derivare dipende in gran parte dalla forza che si abbia di applicarla con metodo, che vuol dire, con completezza. La massima parte degli insuccessi chirurgici io credo che derivino proprio dalla così detta misura accomodante, la quale trova agio di farsi strada in chirurgia non meno che in tutte le altre attività umane.

Fu riflettendo su queste considerazioni che mi parve utile pubblicare il caso che qui espongo:

F. A., d'a. 23, celibe. Non ha precedenti patologici interessanti. L'anamnesi prossima consiste in una ferita da rivoltella al terzo medio-terzo inferiore della gamba sinistra, riportata mentre stava vestendosi ed aveva infilate le mutande. La ferita risaliva a tre giorni avanti, cioè al 10 marzo 1929. Nella giornata del ferimento e nel giorno appresso, il paziente credette che si trattasse di cosa di poco conto. Nella terza giornata di malattia intervenne invece un rialzo considerevole di temperatura, la parte ferita si tumefece e divenne dolente e cominciò ad emanare cattivo odore. Un medico che vide il ferito durante quella giornata, praticò uno sbrigliamento cutaneo sui due fori lasciati dal proiettto. Ma, l'indomani a sera, cioè il 13 marzo a sera, persistendo ed aggravandosi le condizioni precedenti ed essendosi aggiunti fenomeni tossici generali, di: lingua fuliginosa, scarsità di urina, sensorio ottuso, chiese l'opera del chirurgo. E il ferito fu ricoverato in questo Istituto di Patologia chirurgica.

Egli accusava forte abbattimento e dolori lancinanti in sede di ferita. Obiettivamente presentava la gamba sinistra tumefatta in toto, specie al lato esterno. Dai due fori della ferita, ampliati da incisioni, gemeva liquido sanioso di odore nauseabondo. Alla palpazione si avvertiva crepitio distinto su quasi tutta l'altezza della gamba, e in modo particolare al lato esterno, da tre dita circa sotto il ginocchio a tutto il dorso del piede. La palpazione era assai dolorosa. La temperatura era a 39,2, il polso a 150, piccolo, frequente, debole; c'era leggera dispnea, la lingua era arida, fuliginosa, l'alvo stitico. Nelle urine si trovarono: albumina, numerosi cilindri fortemente granulosi, qualche globulo rosso, qualche globulo bianco, cellule di sfaldamento.

Il ferito fu operato subito, sulla diagnosi, ben facile, di cancrena gassosa. Si incise progressivamente sulla regione antero-esterna della gamba, a partire dalla ferita, in alto e in basso, fino a raggiungree tessuti sani: il che ci portò fino al ginocchio, da una parte, e lungo tutta la regione dorsale del piede, dall'altra. Subito sotto l'aponevrosi, la massa muscolare degli estensori apparve invasa da cancrena; per di più, esplorando profondamente in corrispondenza del tramite di ferita, si trovò un grosso ematoma e, seguendo questo, si giunse sui vasi tibiali anteriori che erano interrotti. Allacciatili, ci si rese conto dell'estensione della cancrena e si asportò quella parte della massa muscolare che ne era colpita interamente. Essa corrispondeva all'estensore delle dita. Gli altri muscoli della loggia anteriore furono lasciati perchè in parte erano ancora vitali. Una seconda incisione, ma meno estesa, fu praticata sul foro di ferita che trovavasi al lato interno della gamba. Qui i tessuti non erano cancrenati; ma si rinvenne un altro ematoma, proveniente dai vasi tibiali posteriori, e anche questi furono allacciati. Inoltre, lungo il tramite della ferita fu trovato un frustolo di stoffa. Tutto fu tamponato e drenato estesamente con garza.

L'indomani mattina cioè il 14-III, la temperatura, che la sera avanti era stata di 39,2, si manteneva a 39, il polso aveva avuto una regressione egualmente minima, da 150 a 146. Fu riesaminata la ferita e anche il peroniero anteriore, ormai cancrenato per intero, venne asportato. Temperatura e polso scesero. Il giorno 15 mattina, la temperatura era a 38,1, il polso a 102. Alla medicatura fu asportato anche il tibiale anteriore. Da allora, la temperatura, che la sera era tornata a 39°, andò scendendo per lisi, con regressione mattutina, fino a portarsi a 37 il mattino del giorno 21 e oscillare poi più o meno su quella linea per un altro mese ancora. Il polso passava ai 90-100. Intanto la ferita aveva perduto rapidamente il carattere cancrenoso e assumeva quello suppurativo. Si tenne il piede ad angolo retto in ferula metallica, si medicò regolarmente, e il primo luglio, il ferito, che aveva rifiutato un autotrapianto cutaneo, fu dimesso con una soluzione di continuo granuleggiante e piana al dorso del piede. Da prima si lasciò il piede al sostegno di una scarpa comune; poi, accennando esso ad equinarsi, si consigliò e fu applicata una scarpa ortopedica, dotata di molla che sostituisce l'azione degli estensori.

Richiamando ora ciò che ho premesso alla storia clinica, possiamo dire che il malato ci dette prova di queste due evenienze: di una cancrena gassosa stabilitasi con la concausa di diminuito circolo sanguigno, e di una guarigione con sufficiente ripristino funzionale dell'arto, ottenuta mediante sacrificio integrale dei tessuti colpiti, ma di essi solamente.

Che l'interruzione dei vasi tibiali anteriori sia stata causa coadiuvante della cancrena, lo arguisco dal fatto che questa era limitata ai

muscoli della loggia anteriore della gamba: i quali sono irrorati, appunto, dalla tibiale anteriore. Questi muscoli furono colpiti per intero; gli altri, invece, rimasero indenni. Indenni rimasero anche i muscoli mediali della regione posteriore, pure attraversata dal proietto. Quivi si trovò pure lesione dei vasi (tibiali posteriori). Ma, a differenza della loggia muscolare anteriore, che ha una sola arteria, la loggia posteriore della gamba ne ha due. Privata di una, essa godeva ancora del beneficio dell'altra; la loggia anteriore, invece, aveva perduto interamente la sua nutrizione diretta. D'altra parte, l'interruzione della tibiale anteriore per se stessa, non dà necrosi ischemica: tanto meno cadendo fra terzo medio e terzo inferiore. In tal caso rimane un lungo tratto di irrorazione normale a monte e sono vicine le sorgenti anastomotiche a valle. Ma l'interruzione vasale, con l'ematoma comprimente e con la trombosi che ne conseguono, ha potenziato nel caso nostro l'azione infettiva dei batteri portati dal corpo estraneo; e l'infezione ha assunto carattere cancrenoso nei tessuti a sanguificazione deficiente, mentre non s'era ancora rivelata come tale, dove il circolo era conservato.

Come è abituale nella cancrena gassosa, anche nel caso nostro i muscoli colpiti lo furono per intero: lungo tutta la loro estensione. Ciò sta in accordo con la infiltrazione leucocitaria e con la diffusione degli stessi batteri fra il perimisio delle masse muscolari. Le quali formano delle lunghe vie, limitate circolarmente dalle aponevrosi di inviluppo ed estendentisi da un capo all'altro delle masse stesse. Vie analoghe a quelle degli interstizi muscolari e specialmente dei fasci vascolo-nervosi. Come queste, sono vie linfatiche, dunque: vie di diffusione della causa infettiva. Trattandosi poi di germi gassogeni, esse vengono percorse più rapidamente e più diffusamente di quello che non sia nel caso di germi d'altra natura, perchè i gassogeni esplicano una particolare invadenza. E non è inverosimile che alla grande diffusibilità dei germi gassogeni nei muscoli contribuisca anche il glicogene della sostanza muscolare, il quale offre al germe un ottimo terreno nutritizio. Questa particolare costituzione chimica dalla sostanza propria dei muscoli fu tenuta da Camera, in considerazione anche maggiore quand'egli riconobbe nei muscoli la sede d'origine di ogni infezione gassosa da ferite esterne dell'organismo.

Ma in tutto ciò noi non dobbiamo vedere nulla di dissimile da quanto avviene in un flemmone semplice. In esso, per istituire la nostra cura radicalmente fin da principio, dobbiamo scoprire e seguire il processo flemmonoso su tutta la sua estensione, che sarà, appunto, lungo i connettivi intermuscolari e talvolta anche nelle masse stesse dei muscoli.

Egualmente dobbiamo fare per l'infezione gassosa.

Questi concetti direttivi fondamentali sulla diffusione generica dei germi infettanti e su quella particolare dei germi gassogeni, che mi guidarono sempre nella pratica di guerra, furono quelli che mi tracciarono la via anche nel caso in esame.

Perchè: pure davanti all'angoscia del padre del ferito, il quale implorava che gli si salvasse il figliuolo e, per la prospettiva fattagli dal medico curante, mi autorizzava senz'altro a sacrificare la gamba, io mi sentii autorizzato invece al tentativo di conservare di essa tutto ciò che non fosse ancora perduto.

Dopo avere aggredito il focolaio ampiamente e profondamente, provveduto all'emostasi lungo tutto il decorso della ferita, asportai i muscoli cancrenati, credetti di poter rimandare l'eventuale di più ad altro tempo, guidandomi sull'andamento della ferita e sulle condizioni generali del malato. Alle 2 prime medicature asportai gli altri muscoli necrosati; ma il processo era vinto e l'arto era salvo.

Non avrei potuto seguire tale condotta o sarebbe stata una temerarietà, se non avessi avuto l'intera conoscenza di ciò che si svolgeva. E poichè — ripeto — tale conoscenza, oltrechè di massime dottrinali, è formata di dimostrazione pratica, oggi intendo che la particolare osservazione mia possa servire di esempio alla pratica di chi — con affezioni di tal genere — non ha acquistato ancora sufficiente confidenza.

RIASSUNTO.

Illustra un caso di cancrena gassosa della gamba, in cui l'infezione era associata a lesione del fascio vascolare e nel quale la demolizione fu ristretta al gruppo dei muscoli estensori.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della R. Univ. di Roma
Direttore incaricato: Prof. G. FUMAROLA.

Paraparesi cerebrale infantile associata a sindrome adiposo-genitale

Nota clinica

per il dott. EUGENIO DE ANGELIS, assistente.

Riassumo brevemente la storia clinica:

C. Vincenzo, di anni 10, nato a Carsoli (Roma). Il padre è bevitore di vino, nega lues. La madre ha avuto 10 gravidanze, l'ultimo parto è stato gemellare, nessun aborto, 7 figli viventi di cui 6 in ottima salute.

Il paz. è nato a termine, non ha presentato nessun disturbo fino all'età di 15 mesi, di sviluppo normale, aveva già incominciato a camminare, non era però ancora stato svezzato. In quell'epoca il bambino si ammalò con febbre e vomito, e verso il 4° o 5° giorno di malattia, mentre la madre lo poppava, fu colpito da una crisi con perdita della coscienza per 15-20 minuti e contrazioni tonico-cloniche generalizzate, cui seguì uno stato soporoso.

Dopo 12-15 giorni, cessata la febbre, la madre si accorse che il bambino non muoveva più bene gli arti inferiori, mentre invece muoveva bene quelli superiori. Il bambino non si reggeva in piedi neppure sostenuto. Dopo alcuni mesi però, potè camminare reggendosi con le mani e solo per pochi passi. Queste condizioni rimasero invariate fino all'età di 7-8 anni quando il paziente incominciò ad ingrassare notevolmente sì da raggiungere in breve l'aspetto che anche oggi presenta.

Esame obbiettivo. — È notevole l'adiposità del soggetto la quale, diffusa a tutto il corpo, prevale alle regioni mammarie, al collo, alla radice degli arti, alle natiche, all'addome ed alla regione soprapubica. Alla palpazione il tessuto adiposo è piuttosto flaccido e questa manovra non provoca dolore. La cute è pallida, glabra, sottile; solo alle gambe si notano solcature cianotiche. Spicca l'assenza assoluta di peli; notasi un lieve arresto di sviluppo degli organi genitali, i testicoli sono in sito.

Le misurazioni prese con il metodo di Viola sono le seguenti:

Statura cm. 145; peso Kg. 55; lunghezze: dello sterno 12; xifoepigastrica 9; pubioepigastrica 23; arto inferiore 67; dell'arto superiore 64; diametri: trasverso toracico 30; antero-poster. toracico 23; trasverso ipocondriaco 30; antero-trasv. ipocondriaco 25; trasverso del bacino 32,5; capo: diametri: antero-posteriore massimo 20; trasverso massimo 15; indice cefalico 75; bizigomatico 12,5; fronto-mentoniero 11,5; circonferenze: cranica massimo 56; toracica (4ª costola) 90; addominale (ombellico) 86; addominale (spina iliaca anter.) 90; a metà coscia 53; massima della gamba 35; massima apertura delle braccia 145.

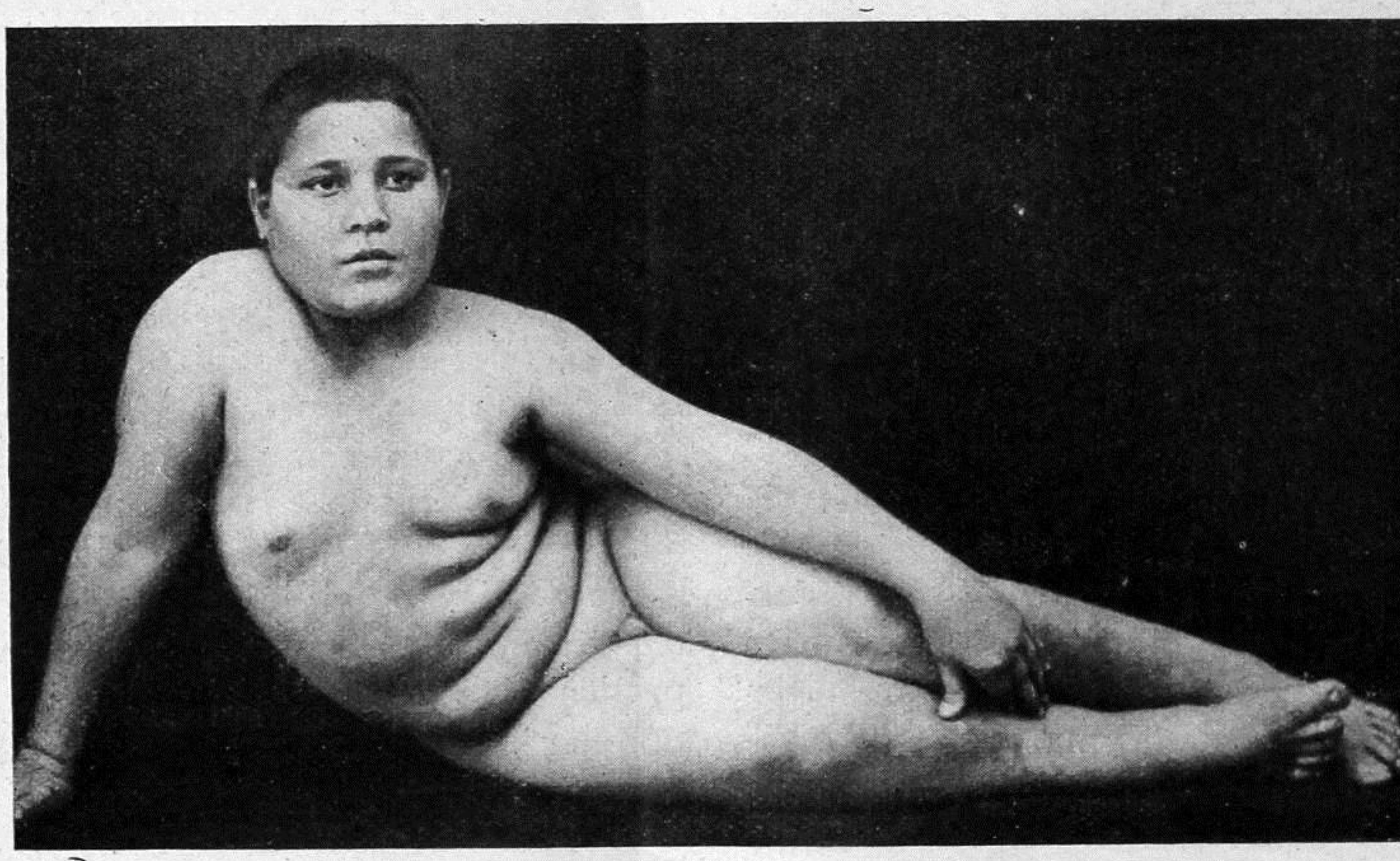


FIG. 1.

Nulla si nota a carico dei nervi cranici.

Agli arti superiori non si notano atteggiamenti speciali, la motilità sia attiva che passiva non presenta alterazioni apprezzabili. Si nota qualche volta l'insorgenza di tremori, specie a sinistra.

Agli arti inferiori, invece, si nota che le coscie sono tenute lievemente flesse sul bacino, le gambe in semiflessione ed i piedi sono cadenti e ruotati verso l'interno, specialmente quello di destra: le dita si presentano un poco divaricate tra di loro e gli alluci sono in lieve iperestensione dorsale. Allo stato di riposo si notano tremori generalizzati ad ambedue gli arti. I movimenti passivi delle coscie presentano una resistenza superiore alla norma, quelli delle gambe e dei piedi una resistenza ancora maggiore e non del tutto vincibile in quanto che non è possibile estendere completamente le gambe sulle coscie e flettere il piede. La forza muscolare è notevolmente diminuita, specie a destra. I movimenti attivi delle coscie si compiono lentamente e non in modo

completo, specie l'abduzione; quelli delle gambe sono ugualmente incompleti; riesce meglio la flessione della estensione, quelli del piede sono pressochè aboliti, il paziente riesce a muovere appena le dita.

La stazione eretta è possibile solamente se il ragazzo viene sorretto da due infermieri: in questa posizione egli tiene divaricate le gambe le quali sono semiflesse sulle coscie, il tronco è flesso lievemente in avanti, sul pavimento poggiano le dita, per il peso del corpo si accentua l'atteggiamento vizioso del piede destro. Nessun disturbo degli sfinteri anale e vescicale. Non fenomeni di automatismo midollare.

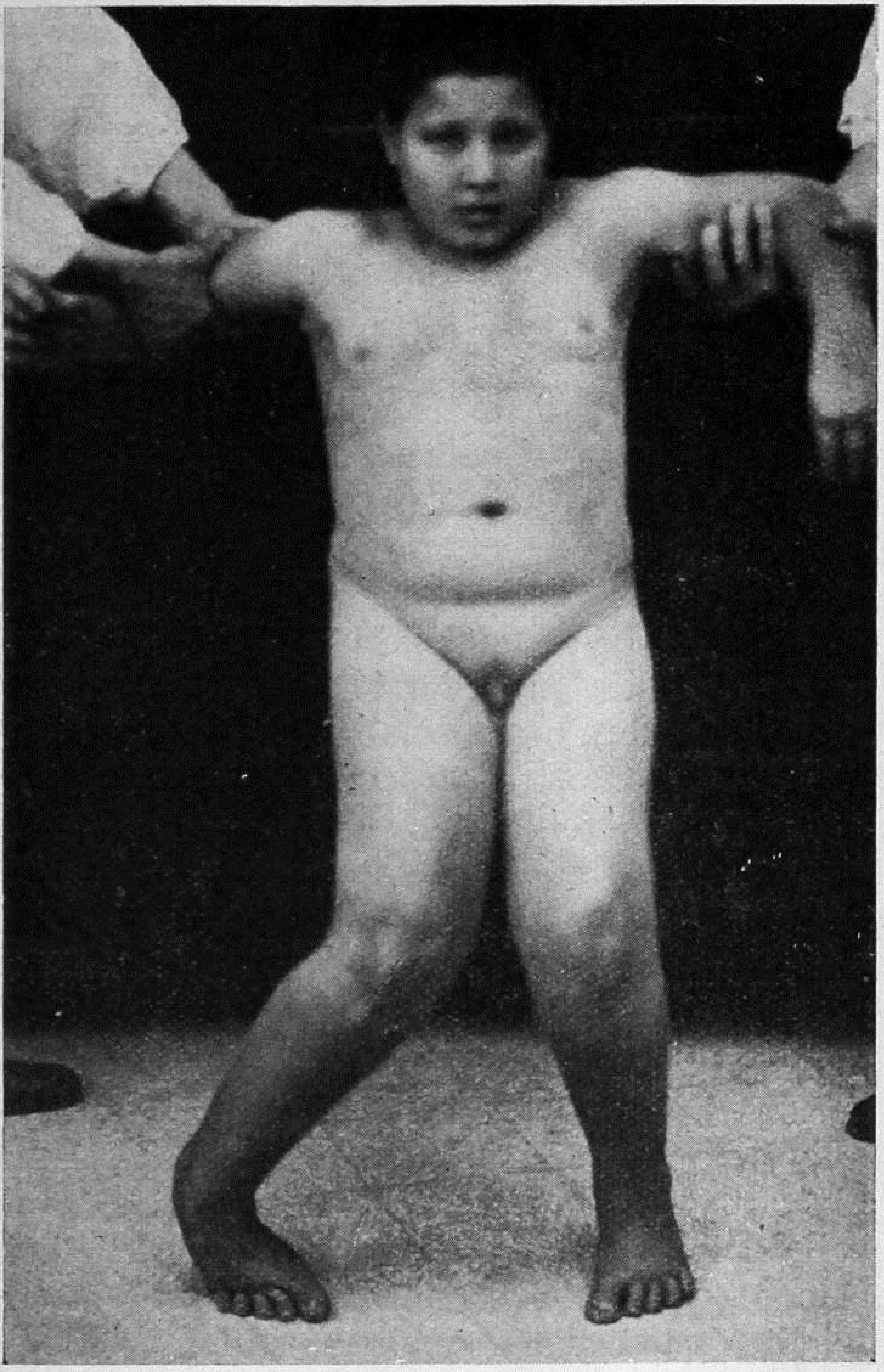


FIG. 2.

Riflessi: si provoca il clono del piede bilateralmente, qualunque lieve stimolo produce il fenomeno di Babinski, i rotulei non sono accentuati; i cremasterici e gli addominali sono deboli; gli osteotendinei superiori sono normali. Le iridi reagiscono prontamente alla luce ed all'accomodazione.

Sensibilità: nessun disturbo a carico delle varie forme della sensibilità sia superficiale che profonda. Gli organi specifici di senso sono normali. Visus: 10/10 in 00 Campo visivo e fundus normali.

Gli organi toracici ed addominali non presentano alterazioni degne di nota.

Psiche: il soggetto presenta una percezione non sempre pronta per quanto l'attenzione sia discretamente vigile. La memoria di fissazione è difettosa. Il patrimonio ideativo è molto ristretto, e si limita a poche cognizioni vertenti sulla sua casa, i suoi famigliari, i parenti e nulla più. L'umore è piuttosto variabile. Il paziente piange se gli si ricorda la madre lontana e manifesta desiderio di ritornare a casa, ma con facilità si lascia persuadere. Il suo contegno è normale, però egli è poco ubbidiente, si rifiuta di sottoporsi agli esami speciali e si mostra quanto mai capriccioso.

Nel complesso il soggetto presenta uno sviluppo incompleto della intelligenza e del carattere.

P. L. Pressione e prove sierologiche normali.

La W. R. nel sangue è negativa.

Le urine sono limpide e di colorito giallo oro; la quantità nelle 24 ore è di gr. 1000, peso specifico 1015, albumina e zucchero assenti.

All'esame radiografico del capo in posizione laterale si nota che la sella è quanto mai ridotta di volume, i processi clinoidei anteriori sono lievemente più sviluppati del normale come pure i clinoidei posteriori i quali si spingono in avanti fino a raggiungere gli anteriori in modo da dare l'aspetto di una sella chiusa o a tetto. Si noti inoltre che la lamina quadrilatera è meno obliqua del normale. Non esistono segni di ipertensione intracranica. Alla radiografia della colonna vertebrale non si osserva nulla di anormale. L'esame elettrico dei muscoli degli arti inferiori non rileva disturbi qualitativi, esiste solamente una lieve ipoeccitabilità rispetto alla norma.

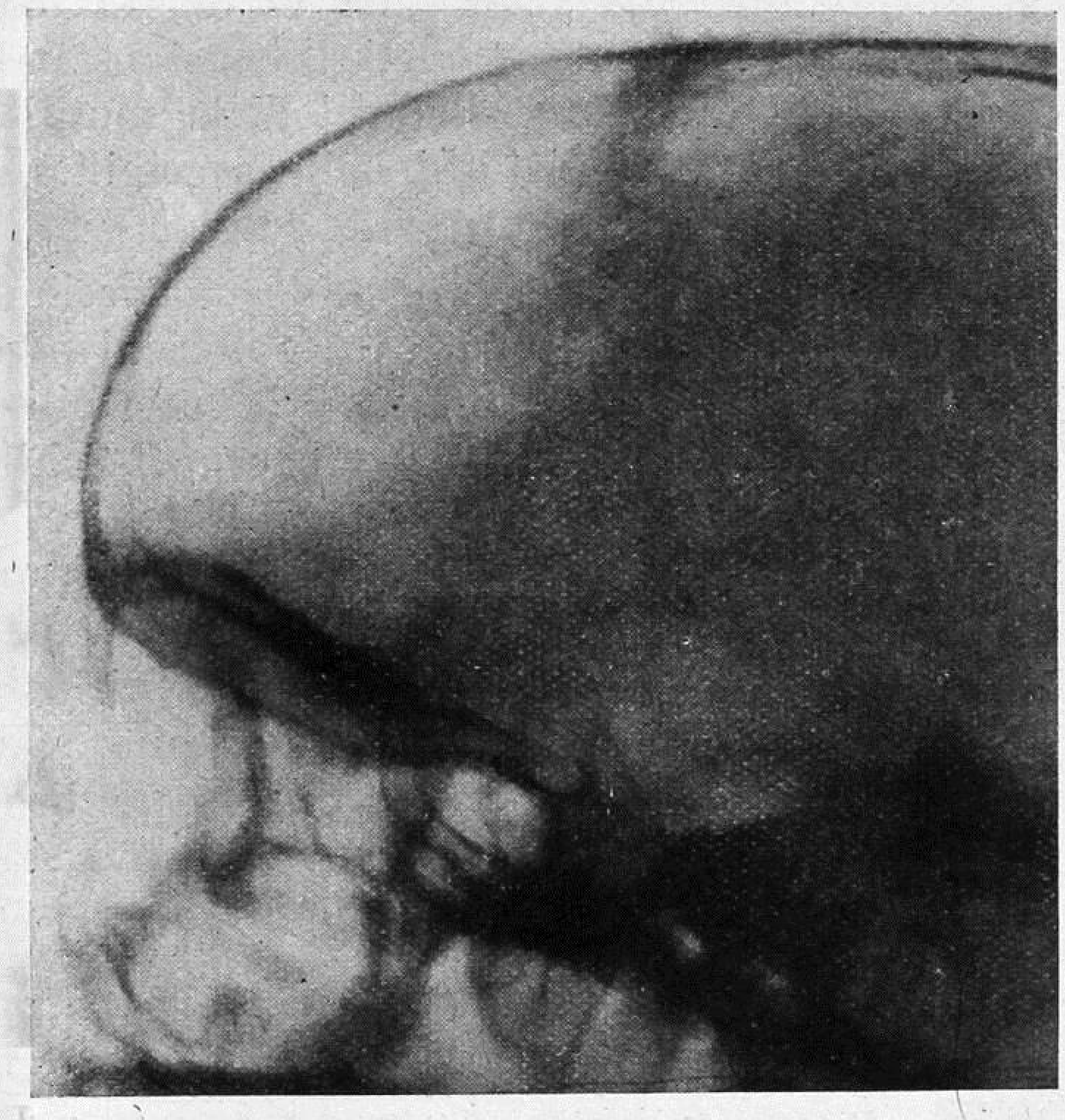


FIG. 3.

Riepilogando, si tratta di un ragazzo di 10 anni il quale all'età di 15 mesi ammalò in modo acuto con febbre, vomito, convulsioni generalizzate e sopore, cui seguì una paraplegia flaccida, che in breve si trasformò in paraparesi spastica, con tremori, clono del piede

e Babinski bilaterale. Questo paziente inoltre, presenta da circa due anni un'adiposità generale (svoltasi rapidamente), una piccolezza degli organi genitali e segni di lieve insufficienza mentale (sindrome adiposo-genitale tipo Frölich). L'esame radiografico rivela una sella molto ridotta di volume. Non credo opportuno soffermarmi nella discussione diagnostica sulla sindrome di Frölich, presentata dal paziente, poichè essa non offre possibilità di scambio con alcune delle altre forme affini (eunucoidismo, infantilismo ipofisario, ecc.).

Merita invece particolare attenzione la paraparesi la quale non è di agevole interpretazione. Questa per i suoi caratteri non può che ascriversi ad una malattia del sistema nervoso centrale.

Tra le malattie del midollo spinale l'unica da prendersi in considerazione è la myelitis o la meningomyelitis acuta; ma in questa malattia, contrariamente a quello che si osserva nel nostro paziente, ai disturbi della motilità si associano anche disturbi della sensibilità e degli sfinteri vescicale e rettale.

Non resta allora che ammettere una lesione di origine cerebrale. Innanzi tutto non mi pare superfluo discutere brevemente la possibilità di una *encephalitis periaxalis* diffusa di Schilder (o sclerosi intracerebrale centrolobare e simmetrica di P. Marie e Foix), la quale rappresenta ormai una affezione bene isolata dal caotico gruppo delle sclerosi cerebrali diffuse. Questa malattia prevale nell'età giovanile, specie nella prima infanzia, può insorgere bruscamente (in genere con tremori, convulsioni, ecc.) e decorrere o in modo rapidamente letale o in forma cronica con manifestazioni varie (disturbi psichici che possono raggiungere la demenza più grave, disturbi visivi per lesione bilaterale delle vie ottiche, segni di lesione piramidale bilaterale): non mancano, tuttavia, le forme stazionarie, per quanto non ammesse da tutti gli autori (in ispecie da Flatau). Klarfeld-Graf, Schilder, Flatau, Stewart, ecc. avrebbero osservato che la malattia è talora preceduta da sintomi a carattere influenzale.

Nel caso in esame non può trattarsi di questa malattia perchè non esistono disturbi della vista, il decadimento mentale è lieve e manca qualunque disturbo della motilità agli arti superiori. Inoltre, anche per considerazioni d'indole anatomica noi dobbiamo escludere questa forma morbosa, poichè una lesione extracorticale che produca una paraplegia come nel nostro caso, dovrebbe essere quanto mai limitata: ora, ciò contrasta con la natura della malattia di Schilder che, come è noto, ha tendenza a determinare lesioni molto estese, dal lobo occipitale al frontale.

Neppure oziosa è la discussione che quì possa trattarsi di encefalite epidemica. L'età non è un dato sufficiente per eliminare questa ipotesi, poichè gli studi odierni mostrano come frequente sia questa malattia nella prima età. A ciò si aggiunga che l'epoca (anno 1919) in cui ebbe inizio l'affezione coincide con la epidemia encefalitica, e che la sindrome di Frölich osservata nel paziente, rappresenta anche nei bambini (Hifler, Westphal, Fronticelli, Lang, Cozzolino, ecc.) un reliquato non raro di encefalite letargica.

Ma se la encefalite letargica potrebbe eventualmente spiegare la sindrome adiposo-genitale, non può invece in alcun modo giustificare la paraparesi. È vero che in un caso (Léri e Gay), è stata riscontrata, al seguito di encefalite epidemica, una paraplegia spastica senza fenomeni concomitanti, e che in un altro caso (Bouttier, Alajouanine e Girot), ad una sindrome parkinsonoide si associava una paraplegia in flessione (dagli autori attribuita a lesioni cerebro-mesencefaliche); ma è anche vero che nel nostro caso manca qualsiasi dato anamnestico e obbiettivo che parli sicuramente in favore di una encefalite epidemica, e che i caratteri della paraparesi (clono del piede, Babinski, ecc.) sono bene diversi da quelli che sogliono riscontrarsi nei casi della forma epidemica.

Non resta allora altra ipotesi che quella di una encefalite acuta non purulenta dei bambini: malattia questa da alcuni autori (Strümpell, Leichtenstern, ecc.) considerata etiologicamente affine o perfino identica alla poliomielite acuta dalla quale si differenzierebbe soltanto per la diversa sede del focolaio flogistico. Come è noto la encefalite infantile, colpisce ordinariamente il bambino fra il 1° e il 4° anno di vita, ha inizio acuto, quasi sempre con febbre, vomito, convulsioni e sopore (come nel caso in esame). Dopo alcuni giorni o settimane si costituisce di solito una paralisi degli arti di un lato, cui spesso partecipa anche il facciale e se il processo infiammatorio ha avuto sede a sinistra si può riscontrare anche afasia motoria. Nei casi in cui l'emiplegia non retrocede questa da flaccida che era all'inizio acquista in breve i caratteri delle lesioni piramidali.

Vi sono però autori (Von Leube), i quali ammettono che in questa malattia i disturbi motori possono presentarsi oltre che in forma emiplegica, anche in forma monoplegica e,

sebbene molto più raramente anche sotto forma paraplegica; e ciò quando la lesione colpisce prevalentemente la corteccia dei lobuli paracentrali bilateralmente.

Nel nostro caso, anche per la impossibilità di formulare altre ipotesi, è verosimile che la paraparesi non sia altro che espressione di una encefalite acuta non purulenta localizzata ai due giri pararolandici.

Rimane ora da discutere la genesi della sindrome adiposo-genitale, avendo visto come non sia possibile riferire questa sindrome ad una encefalite epidemica, data l'assenza di qualsiasi argomento anamnestico ed obbiettivo che parli in favore di questa malattia.

L'esame radiografico ha messo in evidenza una notevole piccolezza della sella turcica, ciò che sta a significare o una ipoplasia della ipofisi o una sclerosi atrofica acquisita della medesima nei primi anni di età. Per ammettere questa ultima ipotesi bisognerebbe invocare la malattia acuta sofferta dal ragazzo all'età di 15 mesi quale causa della sclerosi ipofisaria; ma le osservazioni di questo genere non esistono nella letteratura all'infuori di quelle di Massalongo e Piazza, i quali hanno osservato in 3 casi la sindrome di Fröhlich per un'atrofia infiammatoria post-infettiva della ipofisi (in un caso la sindrome era insorta dopo una polmonite, in 2 dopo la febbre tifoide).

Non rimane allora che ammettere una ipoplasia della ipofisi, tanto più che alcuni autori (Cushing, Bertolotti, Pende, ecc.) fanno dipendere da questa lesione la origine della sindrome adiposo-genitale.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un ragazzo di 10 anni che presenta una paraparesi spastica ed una sindrome adiposo-genitale tipo Frölich. L'A. conclude con l'ammettere che la paraparesi sia stata prodotta da encefalite acuta non purulenta dei bambini, e la sindrome adiposo-genitale da ipoplasia della ipofisi.

BIBLIOGRAFIA.

Babonneix. *Encéphalite infantile de cause indéterminée avec symptômes insolites, etc.* Revue Neurol., vol. XXXIV, 2, p. 157, 1927.

Bellincioni R. *Su alcune manifestazioni di tipo ipofisario che seguono l'encefalite epidemica.* Rass. di studi psichiatrici, vol. XVI, p. 285, 1927.

Bouttier, Alajouanine et Girot. *Paraplégie en flexion avec état parkinsonien et syndrome de Parinaud.* Revue Neurol., vol. XXXVIII, p. 1514, 1922.

Cozzolino. *Sindrome adiposo-genitale post-encefalitica.* Pediatria, vol. XXXVII, 19, 1929.

D'Antona. *La encephalitis periaxialis diffusa di Schilder.* Riv. di Pat. Nerv. e Ment., v. XXXII, p. 460, 1927.

De Sanctis S. *Neuropsichiatria infantile.* Stock Edit., Roma, 1925.

Levy. *Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique.* Doin, éditeur, 1925.

Levy-Valensi. *Encéphalopathies infantiles.* In Nouveau Traité de Médecine di Roger, Widal, Teissier, vol. XIX, p. 663.

Pende. *Endocrinologia.* Milano, 1923.

Salvioli. *Eritema pellagroide ed encefalite tipo Strümpell-Leichtenstern.* « Cervello », vol. IV, p. 146, 1927.

NOTE DI TECNICA

Sull'embriotomia cefalica.

Dott. Carlo Alberto Perri.

Raccolgo l'invito lanciato dal dott. La Monica nel n. 10 di questo periodico e porto il modesto contributo del mio pensiero sull'importante capitolo della « disorientata e fortunosa operazione embriotomica ».

Nei manuali di ostetricia trovasi che il cranioclaste è lo strumento principe per estrarre la testa craniotomizzata e che in mancanza può essere adoperato il forcipe, coll'avvertenza che fa cattiva presa e facilmente scivola. « Viene ricordato, dice il Cristalli, solo perchè è lo strumento che non manca ai medici pratici e talora può rappresentare una vera risorsa ».

Ciò è vero per tutti i forcipi in genere, ma può non esserlo per quello del Tarnier quantunque i numerosi ostetrici che da tanti anni se ne sono serviti, e lo stesso Tarnier che l'ideò, non abbiano intravisto che nell'insieme dei manichi uncinati si offre un tirateste a niuno secondo.

In una primipara in sopraparto, con testa fetale esagerata e fortemente impegnata, a feto morto e contrazioni scomparse, trovata impossibilità di introdurre la seconda branca del forcipe, procedetti ad operazione embriotonica, fiducioso che, annullati i diametri della volta, avrei comunque trovato modo di estrarre la testa.

Giunto a tale tempo, prima ancora dell'arrivo del cranioclaste che avevo mandato a prelevare a casa, ricorsi al forcipe che scivolò in due applicazioni successive.

Sperimentai l'uso del cilindretto di legno, che si riferisce a Danavia, e durante la trazione mi sfuggì dal foro embriotomico.

Tentai forti trazioni colla mano, ma non ebbero risultato per la facile stanchezza a cui andarono incontro le dita.

Rimaneva frattanto in ozio forzato il forcipe di Tarnier e i miei occhi correvano su di esso come in cerca di qualche cosa, non sapendomi capacitare che uno strumento tanto prezioso non riuscisse a liberarmi dall'imbarazzo nel quale imprudentemente mi ero cacciato.

Ad un tratto un'idea mi balenò rapidissima: capovolsi la branca sinistra del forcipe e sulla mano guida introdussi attraverso il foro embriotomico un primo uncino, capovolsi l'altra e con la stessa manualità introdussi il secondo, incrociai i manichi, articolai lo strumento, strinsi la vite e disposte le mani tra articolazione e cucchiaie, esercitando trazione moderata e continua, sentii la testa procedere nello scavo con la modellante resistenza con cui si sente procedere nel collo di una bottiglia il sughero giustamente preso da un cavatappi a mano.

Scrociato lo strumento e tolti gli uncini, completai l'estrazione manuale attraverso la vulva.

Durante l'operazione, che non presentò alcuna difficoltà o pericolo, il bordo osseo del forame cranico rimase costantemente protetto dai tegumenti.

Considerando a lume della critica quanto ho riferito, può dirsi che i manichi uncinati del forcipe Tarnier costituiscono nell'insieme un ingegnoso quanto semplice tirateste.

Esso non può non rispondere se un giusto foro embriotomico non abbia compromessa la resistenza residua della volta, e i diametri del bacino non ostacolino il procedere del segmento traente, incappucciato nell'interno del cranio.

Questo offre alla trazione un insieme di punti resistenti e simmetrici, quali non può offrire al morso del cranioclaste la porzione laterale di parete che spesso cede, dando luogo a temibili sfuggite dello strumento armato di scheggie taglienti.

La complessiva lunghezza dei due elementi frontali (uncini) in cm. 9 ne includerebbe a prima vista limitato impiego di fronte agli altri strumenti, ma non è così in realtà.

Neanche la trivella tirateste del Cassioli, che è l'ultimo strumento ideato in ordine di tempo, può essere impiegata oltre i limiti consentibili al doppio uncino del Tarnier.

La particolare costruzione per cui essa, che apre a conocchia, svolge nell'interno del cranio fetale due diametri perpendicolari tra loro, è suggestiva ma illusoria, poichè, mentre nulla deve rendere fino a quando non sia aperta a raggiungere collo spessore dei tessuti cranici un diametro di mm. 75, da questo limite in poi, di fronte al doppio uncino da me proposto, richiede spazio maggiore e bacino simmetrico.

L'azione traente dei diametri perpendicolari di essa deve essere consentita dai corrispettivi diametri del bacino, mentre agli uncini del Tarnier basta di essere posti in rapporto elettivo col solo maggiore diametro, sia anche in bacino deforme.

Non si dica che l'impiego da me fatto non abbia valore perchè praticato su bacino quasi normale.

Ho studiato il modo di adoperare lo strumento anche nei casi di stenosi ed alla prima occasione ebbi la riprova della bontà del mio metodo.

In un caso in cui lo spazio offerto dal diametro trasverso era inferiore alla complessiva lunghezza degli uncini, introdussi questi e, senza procedere all'incrociamento e all'articolazione delle branche, contrapposi esse per la faccia convessa delle cucchiaie.

La branca con vite, prima situata, rimase per poco sottoposta nel suo terzo medio alla branca con l'incavo.

L'una e l'altra furono impugnate con la mano sinistra, avendo sotto medio, anulare e mignolo, l'indice nell'anello della vite e il pollice in sopra.

Ciò fatto, il dorso dell'uncino della branca ad incavo, restante nel palmo della mano, tendeva a situarsi sotto il dorso dell'altro, e la cucchiaia relativa tendeva a risalire un po' in sopra della cucchiaia opposta.

Premendo col tallone e indice della mano destra sulla faccia concava della cucchiaia, e facendo altrettanto col pollice sul margine concavo della curva pelvica di essa, e col medio, anulare e mignolo sul convesso della curva pelvica dell'altra cucchiaia, ottenni che i due uncini si giustapponessero nell'interno a costituire una branca traente, già misurata in cm. 8.

La trazione mi si presentò facile e agevole come nel precedente caso descritto, mentre il bordo osseo del forame embriotomico rimase egualmente protetto dai tessuti molli fetali, confermando la resistenza, opposta al procedere del corpo mobile, la ristrettezza già diagnosticata.

Ove non si ricorra alla manovra descritta, l'accavallamento spontaneo del dorso dei due uncini riduce a circa cm. 7 la branca traente, che è sempre suscettibile di tornare a cm. 8 con essa manovra, e a cm. 9 allargando la mano sinistra e stringendo con la destra le estremità opposte delle cucchiaie.

Tali manovre che, coll'accorciamento volontario della branca traente, rendono possibile

il largo impiego nei bacini stenotici, evitano col tempestivo allungamento della branca stessa ogni possibilità di sfuggita dello strumento, allorchè sentesi che il foro embriotomico tende a scontinuarsi sotto le trazioni.

Non mi è capitato di adoperare il doppio uncino nella basioclisia, ma ritengo che la trazione sul lato della base che corrisponde al sacro, nei casi in cui l'atteggiamento della testa è nel senso del diametro trasverso, non possa se non facilitare sommamente il processo del parietale posteriore.

Esso parietale, che rappresenta la parte mobile della testa avente fulcro su quello anteriore, non può che seguire l'impulso traente in basso e in avanti, esercitato in modo simultaneo dalla faccia posteriore e inferiore degli uncini, fino a che i mm. 75 della base, messa di sbieco, non abbiano superato la C. V. minima di mm. 70.

Parimenti, nell'atteggiamento della testa in diametro antero-posteriore, si realizza con facilità il processo facciale traendo in basso e indietro se la fronte è innanzi, e in avanti e leggermente in alto se la fronte è indietro, rendendo così possibile che il diametro mento-nasale di mm. 55 si metta in rapporto colla C. V. che consenta l'estrazione fino ad un minimo di mm. 60.

Non è da escludersi che ciascuno degli uncini possa per proprio conto, in modo alternato, imprimere forza traente maggiore dell'altro, e così, mercè una serie di piccole progressioni laterali, far vincere difficoltà insuperabili con altre manovre.

Come il Tarnier, i numerosi ostetrici che per lunghi anni si sono serviti del suo forcipe non hanno intravvisto l'adattabilità all'importantissimo uso su riferito, che offre in uno strumento tanto noto la tecnica ignota per annullare i pericoli della « disorientata e fortunosa operazione embriotomica ».

Il nuovo impiego farebbe ben meritare allo strumento il nome di forcipe a doppio uncino tirateste di Tarnier-Perri.

Serrastretta, marzo 1930.

RIASSUNTO.

Gli uncini del forcipe Tarnier, tenuti in sito dal forame embriotomico, giudiziosamente guidati e sostenuti dalla mano sinistra a mezzo di solida leva offerta dai manichi, rispondono alla funzione di tirateste, mercè creazione estemporanea di una branca frontale traente dall'interno.

Detta branca, per mezzo di adatta manovra, può essere a volontà portata dalla lunghezza di cm. 7, a cm. 8, a cm. 9 e viceversa.

Nell'uso non capiterà mai la sfuggita con avulsione del parietale posteriore, nè quello di uno o entrambi i frontali, come può verificarsi col cranioclaste di Braun.

Il nuovo impiego dello strumento del Tarnier, consentito benissimo anche nella basioclisia, rende inutile ogni altro tirateste e semplicizza e alleggerisce la busta ostetrica.

COMMENTI.

Ancora sulla terapia intrarteriosa.

Il dott. Scollo, aiuto-chirurgo al Policlinico Umberto I di Roma, ha trattato ultimamente (*Policlinico*, Sez. prat., n. 15, 1930) con iniezione intrarteriosa di argento colloidale un flemmone profondo della mano, ripetendo l'esperimento da me compiuto or è quasi un anno e illustrato su questo stesso giornale (n. 24, 1929). Il risultato, diversamente da quello che io ne ebbi, non è stato, come dice lo Scollo, « niente affatto brillante », sì che egli formula senz'altro il parere che non vi sia « vantaggio alcuno anche per lesioni localizzate di introdurre il rimedio per la via arteriosa anzichè per quella venosa ».

La disparità dei due risultati, del pari che la conseguente diversità del giudizio sull'utilità stessa del metodo, non meravigliano tanto quanto il fatto che lo Scollo, per darsi ragione di quella disparità, sia andato diritto all'ultima delle cause sospettabili nel credere che il flemmone da me trattato sia stato uno di quelli che, come qualche volta avviene, volgono per loro conto alla risoluzione spontanea, o, senz'altro, sia stato un processo linfangitico, dato che questa forma può spesso risolversi spontaneamente col semplice riposo della parte. Ho detto « ultima delle cause sospettabili » sopratutto perchè dall'esposizione dello Scollo mi sembra ve ne sia stata, fra le altre possibili, una sufficiente da sola a spiegare l'esito negativo del suo esperimento: una cui lo Scollo, accennandovi appena, sembra dare ben scarso valore. Egli (e lo ammette) ha probabilmente « adoperato il metodo in uno stadio non perfettamente infiltrativo del flemmone » sì da eliminare la condizione anatomo-patologica indispensabile, come io la qualificavo, ad un buon risultato. Che cosa poteva attendersi di diverso se il flemmone era già allo stadio suppurativo? Il miglior risultato sperabile non avrebbe potuto essere che un più rapido collettarsi del pus in una col limitarsi del pro-

cesso stesso; ciò che in verità, da quanto ho letto, potrebbe anche dirsi avvenuto (1).

E siamo noi autorizzati a chiamare inefficace un metodo quando, applicato in condizioni non del tutto favorevoli, fallisce allo scopo?

Un mio errore diagnostico era perciò l'ultima ipotesi; molto più che non è la presenza dell'adenopatia ascellare (il che sembra aver motivato il dubbio dello Scollo) quella che può differenziare una linfangite da un flemmone profondo. L'adenopatia è un sintomo ben comune a entrambe le forme.

Ma più meritevoli di essere discusse sono indubbiamente le opinioni espresse dallo Scollo sulla sorte e sull'azione dei medicamenti e in particolare dell'argento colloidale, introdotti per via arteriosa, in appoggio al suo giudizio negativo sul metodo. O l'argento colloidale embolizza i distretti capillari, Egli dice, e allora esso può essere più dannoso che utile; o circola nel torrente sanguigno, e allora è preferibile la semplice via venosa. Se poi invece filtra nel tessuto infiammato, potrebbe in tal caso essere più consigliabile l'infiltrazione diretta di dosi più generose.

In merito alla prima ipotesi credo che, secondo le risultanze degli esperimenti fatti, nulla possa finora autorizzare me e lo Scollo a credere che quelle iniezioni intrarteriose siano state più dannose che utili, siasi o no verificata l'embolizzazione capillare. Cosicchè l'eventualità o non dell'embolizzazione può non interessarci agli effetti della utilità del procedimento.

Se, nella seconda ipotesi, il rimedio, non embolizzando i capillari, ma neppure filtrando nei tessuti, circola invece nel torrente sanguigno, certo è da preferirsi, come osserva lo Scollo, la via venosa.

Ma se il rimedio filtra nei tessuti, è da credere che i vantaggi di una tale evenienza siano ben più forti di quelli di una infiltrazione diretta, nella quale lo Scollo vorrebbe invece trovare un equivalente. L'infiltrazione per via arteriosa, qualora avvenga, non può essere che perfetta; non il più piccolo e impensato recesso della regione destinata può fare a meno di venir raggiunto. Cosa assolutamente irrealizzabile coll'infiltrazione diretta, la quale pel suo meccanismo profondamente diverso non toccherebbe forzatamente che zone assai limitate. Inoltre essa non avrebbe neppure il vantaggio di « permettere l'uso di dosi più elevate », poichè un eccesso di dose intrarteriosa preoccuperebbe solo se il rimedio ritornasse per le vene, mentre qui si contempla il caso in cui il rimedio non circoli, ma filtri appunto dai capillari nei tessuti.

Per ultimo lo Scollo pensa che se vantaggi ci può dare il metodo, essi possano essere in relazione colla simpaticectomia che involontariamente si pratica nell'isolare l'arteria. Qui devo precisare che se nel mio primo caso si trattò di un vero isolamento e quindi anche di una simpaticectomia, per quanto assai limitata, nel secondo, causa l'infiltrazione infiammatoria dei tessuti, più che isolare io scoprii l'arteria semplicemente, solo fino a rilevarne visibilmente le pulsazioni e a individuarne sufficientemente il decorso; non fu un « denudamento », quindi neppure una simpaticectomia. Oltre questo dirò che, come nel secondo caso, così nel primo, mai si mostrò clinicamente rilevabile quella iperemia regionale che caratterizza la sezione del simpatico periarterioso e che potrebbe costituirne l'unica forza terapeutica.

Il quesito da porsi dunque è uno solo: può o non può un rimedio introdotto per via arteriosa filtrare nei tessuti attraverso i capillari regionali senza circolare? Nella soluzione di questo problema sta il vantaggio o no del metodo endoarterioso. Vero è che una risposta decisa oggi non è ancora possibile. Gli esperimenti fatti colle soluzioni, se non parlano affermativamente, non ci permettono neppure di negare quella possibilità. Quanto ai colloidi metallici (dei quali dissi i motivi della scelta) mi limito a notare che esistono tre prove compiute: due mie, una dello Scollo; le prime con esito più che ottimo, la terza non del tutto probativa, è vero, ma da credersi compiuta in condizioni non favorevoli.

Quale conclusione? La via arteriosa merita di essere non condannata, ma studiata.

Termino col rivolgere un vivo ringraziamento all'egregio collega dott. Scollo per i lusinghieri riconoscimenti sulla modesta opera mia e per l'attiva e utile parte presa allo studio di questo argomento.

Comacchio, 5 giugno 1930-VIII.

Dott. UMBERTO BONOLI
Chirurgo e Direttore dell'Osped. S. Camillo.

(1) Nello stesso numero del giornale che porta l'esperimento dello Scollo, trattando della terapia intrarteriosa in generale, io affermavo fra l'altro, come tra le condizioni di buon esito si dovesse logicamente porre così lo sviluppo come l'integrità della rete capillare del territorio colpito. La rete capillare va naturalmente man mano distruggendosi col graduale istituirsi, di un processo suppurativo; di modo che più non rimane al rimedio la via per giungere nel mezzo del focolaio.

SUNTI E RASSEGNE.

RACHIANESTESIA.

La rachianestesia spinocainica.

(V. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, genn. 1930).

La rachianestesia, dopo un'esperienza di quarant'anni, presenta ancora degli inconvenienti, che possono tradursi in incertezza del limite e della durata dell'anestesia; ipotensione arteriosa, che può andare fino alla sincope; nausea, vomito, dispnea, ecc.

Nel 1927 G. Pitkin, chirurgo e fisiologo di Teaneck (New-Jersey), ha pubblicato un importante lavoro, in cui propone un nuovo anestetico, la *spinocaina*, con un nuovo metodo di rachianestesia, frutto di numerose e diligenti esperienze. Dallo studio fisiologico di Pitkin risulta che per essere teoricamente perfetto nei riguardi della rachianestesia un anestetico deve rispondere ai seguenti requisiti: 1) non deve *diffondersi* nel liquido c. r., ma deve restare *in massa* fino al termine dell'anestesia, fino a che venga eliminato nel torrente circolatorio; avrà così un'azione regolare, costante, prolungata e non vi saranno gli accidenti dovuti alla diffusione; 2) la sua densità dev'essere nettamente differente da quella del liquido c. r.; o *inferiore* — ed in tal caso bagnerà le radici, se il p. è posto in posizione di Trendelenburg — o al contrario *superiore*, anestetizzando i nervi spinali, se il p. è assiso o in posizione di Fowler. In tutti e due i casi il livello superiore dell'anestesia sarà facilmente regolato dal volume di soluzione iniettata e dal grado d'inclinazione del tavolo operatorio.

Tali caratteristiche presenta appunto la spinocaina di Pitkin, che è costituita da novocaina con amyloprolamina (prodotto gelatinoso, solubile, stabile, che ha la proprietà d'impedire totalmente la diffusione per oltre due ore). Ne esistono due soluzioni di densità differente; l'una leggera, ottenuta aggiungendo alcool etilico; l'altra pesante, con l'aggiunta di propantriol.

La tossicità della spinocaina è minima, praticamente trascurabile.

Per combattere l'ipotensione arteriosa, anzi per prevenirla, bisogna praticare un'iniezione di efedrina prima dell'anestesia.

Per la rachianestesia è consigliabile usare un ago di piccolo calibro, a becco corto, con cui si produrrà nella dura un orificio puntiforme, che si chiuderà non appena la puntura è terminata. In tal modo, impedendo il gemizio di liquor attraverso il foro lasciato dall'ago, si eviterà la cefalea, che quasi sempre è dovuta appunto ad ipotensione del liquido c. r.

È necessario possedere un tavolo operatorio munito di un dispositivo per misurare esattamente l'angolo d'inclinazione.

Il metodo di Pitkin è largamente usato in America (già si contano oltre 200.000 rachianestesie) e merita di essere preso in considerazione anche tra noi, poichè si presenta completo e sembra risolvere in maniera facile le difficoltà essenziali della rachianestesia.

C. GIACOBBE.

Azione della rachianestesia sulla motilità intestinale.

(F. DOMENECH. *La Presse Médicale*, n. 5, 1929).

L'A. riferisce i risultati ulteriori di un suo studio sperimentale (precedentemente comunicato alla *Sociedad de Biologia de Barcelona*) circa l'effetto della rachianestesia sulla motilità intestinale.

Nel cane l'anestesia rachidiana provoca un aumento considerevole ed immediato della peristalsi intestinale — che dura anche un'ora — con abbondante emissione di materiale fecale di provenienza alta.

L'iniezione di solfato d'atropina non solo inibisce l'ipermotilità prodotta dalla rachianestesia, ma determina una paralisi completa dell'intestino. Un risultato analogo si ottiene anestetizzando il cane con cloroformio; allorchè cessa l'azione del cloroformio appaiono nuovamente le contrazioni intestinali, poichè persiste ancora l'azione della rachianestesia.

Il meccanismo d'azione della rachianestesia si spiega con la interruzione chimica temporanea dei filetti pregangliónari splacnici dovuta all'anestetico. In tal modo l'equilibrio vagosimpatico viene rotto e l'intestino si contrae intensamente.

L'ipermotilità provocata dalla rachianestesia è infatti intimamente legata all'azione del vago; essa è perciò inibita dall'atropina, la cui azione paralizzante sulle terminazioni del vago è ben conosciuta. La sezione dello splacnico produce effetto analogo a quello della rachianestesia; aumento immediato della motilità intestinale, che è anche inibita dall'atropina.

L'effetto della rachianestesia ha luogo anche quando il peritoneo è intensamente infiammato. Ciò si spiega ammettendo con Wagner che nella peritonite vengono stimolate le terminazioni dello splacnico, donde la rottura dell'equilibrio vago-simpatico e conseguentemente la caratteristica inibizione della motilità intestinale. Allorchè però l'azione dello splacnico è soppressa dalla rachianestesia, l'intestino infiammato si comporta in modo analogo all'intestino normale.

Concludendo, l'ipermotilità intestinale dipende dall'anestesia dei filetti pregangliónari splacnici e si ottiene nella rachianestesia alta, perchè lo splacnico nasce a un livello relativamente alto del midollo spinale.

C. GIACOBBE.

NEURO-OFTALMO-RINOLOGIA.

Tumore della tasca di Rathke.

(GUILLAIN e PÉROU. *Paris Méd.*, n. 40, ott. 929).

La semeiologia neurologica dei tumori cerebrali ha fatto grandi progressi in questi ultimi anni. Tra i tumori della regione ipofisaria abbiamo imparato a conoscere una varietà assai speciale, quelli dei tumori del tratto faringo ipofisario o tumori della tasca di Rathke.

Gli AA. riportano un caso del genere assai bene studiato ed illustrato. Si trattava di una bimba dodicenne che nel 1923 cominciò a presentare cefalea e poi convulsioni epilettiche. Si giunse pressapoco così al 1926 epoca in cui esisteva una netta sindrome d'ipertensione intracranica con cefalea e stasi papillare, crisi convulsive epilettiche generalizzate, segni piramidali sopratutto netti a destra, ove si aveva Babinski.

Facile era la diagnosi di tumore cerebrale, ma difficile quella di localizzazione. Una trapanazione decompressiva aveva dato dei risultati benefici ma transitori; fu tentata la roentgenterapia che aggravò i disturbi onde fu sospesa. Nel 1927 e durante il 1928 i fatti divennero sempre più gravi.

1) Disturbi motori: la deambulazione era impossibile per sviluppo di una paraplegia con contrattura, in flessione per l'arto inferiore destro, in estensione per l'inferiore sinistro. I riflessi tendinei erano esagerati, vi era clono, Babinski; la mobilizzazione degli arti inferiori era assai difficile e si avevano a destra delle reazioni iperalgiche.

2) Apparve un tremore degli arti superiori predominante a destra, a tipo parkinsoniano, ma molto ampio.

3) Aumentarono i disturbi visivi fino alla amaurosi completa con nistagmo.

4) Comparve una adiposità predominante alle regioni toraciche e addominali. Pure avendo la bimba 14 anni non si era ancora avuta la pubertà, e il suo corpo restava totalmente glabro. Questa sindrome adiposo-genitale fece pensare a una localizzazione ipofisaria che l'indagine radiografica potè dimostrare. Si ebbe infatti nella radiografia, oltre ad una distensione regolare della sella turcica, e ad una usura delle apofisi clinoidi posteriori, una immagine soprasellare assai particolare. La regione soprasellare, dalla apofisi cristagalli all'ombra petrosa è disseminata di chiazze calcificate di grandezza varia, la più grande ha il volume di un pisello. La loro radio-opacità è scarsa il che fa pensare che siano formate di recente, come del resto è provato dalla assenza loro in precedenti lastre. Dopo pochi giorni *obitus*.

L'autopsia dimostrò un epitelioma lobulato con formazione di globi epidermici, in parte calcificati. La sede era la regione sopraipofisaria con invasione del 3° ventricolo. L'ipofisi era appiattita, in fondo alla sella turcica; è stata respinta in basso ed in avanti dal tumore immediatamente sopragiacente.

L. TONELLI.

Contributo allo studio ed alla terapia del mucocele fronto-etmoidale.

(F. AURITI. *Il Valsalva*, n. 1, 1930).

Il quadro clinico della malattia, per quanto sia abbastanza rara, non presenta in genere difficoltà diagnostiche. L'affezione si inizia nell'infanzia ed anche alla nascita: all'angolo interno della cavità orbitaria compare una tumefazione coperta da cute normale, a limiti netti; la consistenza può esser prima dura e successivamente per erosione del tessuto osseo, elastica, fluttuante; questa tumefazione alquanto riducibile è aderente al sottoposto scheletro. La radice del naso dal lato del mucocele è slargata e il globo oculare viene spostato all'esterno quando è colpito l'etmoide, oppure in basso e all'infuori allorchè cede la parete inferiore del seno frontale.

Il decorso del mucocele è lentissimo ed i pazienti ricorrono al medico generalmente perchè l'aumento di volume della tumefazione altera l'estetica del viso, oppure quando sono colpiti da frequenti accessi di cefalea, o da disturbi visivi.

La rinoscopia anteriore può essere negativa o può fare riscontrare l'esistenza di una tumefazione di consistenza ossea occupante la parte media della cavità nasale.

La radiografia mostra un aumento di volume del seno etmoidale o frontale colpito, ed una leggera opacità a loro carico a differenza dell'etmoidite purulenta in cui si ha una opacità netta.

Quando il seno frontale è coinvolto assieme ad un mucocele etmoidale, oppure viene colpito primitivamente, può dar luogo ad una sindrome legata allo sviluppo endosinusale del mucocele. Allorchè questo si estrinseca nella cavità orbitaria, il grado dell'esoftalmo e quindi della diplopia sono in diretto rapporto con lo sviluppo della tumefazione. Il mucocele può rapidamente aumentare di volume quando per infezione dei comuni piogeni si trasformi in un piocele.

Dal punto di vista anatomo-patologico della esistenza o meno di una membrana limitante cistica nel mucocele l'A. dimostra con numerosi preparati che il mucocele non risulta fornito di una vera membrana cistica: la parete di esso è formata da tessuto osseo colpito di osteite rarefacente, da connettivo osteoide e verso la cavità cellulare da connettivo areolare e da epitelio cilindrico.

Quanto alla patogenesi del mucocele, l'A. in base alle sue osservazioni è d'opinione che

il tumore cistico s'inizi primitivamente nel seno etmoidale che è l'unico a formarsi nella vita intrauterina ed è quello da cui derivano i seni frontale e sfenoidale; ma non insorge per degenerazione cistica delle pareti delle cellule etmoidali, sibbene perchè rimanendo impervia durante lo sviluppo embrionale una cellula del labirinto etmoidale, nell'interno di essa si va lentamente accumulando il muco, determinandosi una vera e propria cisti da ritenzione, la quale con l'aumentare del volume usura i setti intercellulari e dall'etmoide invade successivamente il seno frontale.

Quanto alla terapia, essenzialmente chirurgica, l'A. è convinto assertore dell'intervento per la via endonasale che ha, fra l'altro, pure lo scopo importante, specie per le donne, di risparmiare l'estetica del viso. Previa anestesia locale per imbibizione, asportata la testa del turbinato medio, s'infrange con un colpo di pinza di Luc il guscio osseo che delimita il mucocele, si rompono e si asportano col cucchiaio i residui dei setti intercellulari, avventurandosi con prudenza in alto, poichè la parete posteriore del seno frontale può essere usurata e la dura madre presentarsi a diretto contatto col mucocele, e si tampona per quarantott'ore con garza iodoformica.

L'A. ha ottenuto con questo sistema sempre guarigioni definitive. V. A.

Chiusura plastica delle fistole antro-cavità orale.

(G. AXHAUSEN. *Chir.*, vol. 1, pag. 1139, 1929).

Talvolta, dopo l'estrazione di un molare superiore, si forma e persiste una comunicazione durevole tra antro e cavità orale, comunicazione spesso mantenuta da stati infiammatorî cronici dell'antro, consecutivi a una infezione da via orale.

In 24 di tali casi, ha eseguito con successo, la chiusura con un intervento plastico così condotto. Escissione della mucosa tutt'attorno alla fistola in modo da ottenere una superfice rettangolare. Si scolpisce allora sulla mucosa della guancia corrispondente un lembo rettangolare peduncolato con base all'altezza della fistola, lembo che viene girato di 90° e ribattuto sulla perdita di sostanza fissandolo con qualche punto alla mucosa gengivale e palatina. Nella formazione del lembo bisogna comprendere anche, oltre la mucosa, una parte o tutto del muscolo buccinatorio e fare attenzione al dotto parotideo.

Questo metodo, per la facilità di ottenere ampi lembi si adatta anche alla chiusura di comunicazioni antro-orali di notevoli dimensioni, come quelle residuanti a resezioni atipiche del mascellare superiore.

VALDONI.

SIFILOGRAFIA.

Il problema della sifilide ereditaria.

(GRENET. *Revue de Médecine*, dicembre 1929).

A proposito di sifilide ereditaria ci sono due tendenze opposte: una è di vedere la lues in contingenze diversissime, l'altra è di escluderla ogni volta che non appare con segni indiscutibili.

Nella diagnosi di eredo-lues si incontrano notevoli difficoltà dovute tanto all'impossibilità di un'anamnesi esatta, quanto al fatto che l'infezione del feto in utero rende molto complesse le alterazioni organiche.

Ecco alcuni aspetti del vasto problema.

I. *Malformazioni congenite ed eredo-lues.* — La lues è certo responsabile di molte malformazioni. Essa è stata trovata 27 volte su 32 casi di vizi congeniti di cuore, 50 volte su 54 casi d'idrocefalo, 59 volte su 69 casi di ipotiroidismo, 34 volte su 46 casi di mongolismo, secondo una statistica di De Stefano. Una statistica di 15 casi dell'A. dà una notevole percentuale di lues nei vizi congeniti di cuore. La lues ha, secondo l'A. importanza molto secondaria nella mancanza congenita dell'appendice xifoide, mentre non è di questo parere il Queyrat.

II. *Evoluzione generale dell'eredo-lues.* — Si distinguono le distrofie dai sintomi evolutivi. Le distrofie non dipendono dall'azione diretta del treponema; non hanno nulla di veramente luetico, ma sono la trasmissione di caratteri che si trovano frequentemente in chi è gravato da questa eredità. Le distrofie possono essere generali (atrepsia, ritardo di sviluppo, infantilismo, obesità, ecc.) o locali (denti, ossa, ecc.); le generali sono assai meno caratteristiche delle locali perchè molte altre cause, oltre la lues, possono provocarle. Quelle generali dipenderebbero da lues endocrina.

I sintomi evolutivi si possono avere nel lattante (accidenti cutaneo-mucosi, splenomegalia, osteocondriti tipo Parrot, periostite ossificante, rachitismo) e anche più tardi (gomme, cheratite interstiziale, osteoperiostiti, bronchiettasie, cirrosi, nefriti, infantilismo, obesità). Di difficilissima diagnosi sono le manifestazioni tardive nell'adulto, specialmente di quelle della lues di seconda generazione. La sierodiagnosi può avere importanza se positiva. La Wassermann negativa non permette deduzioni diagnostiche.

III. *Il problema della sifilide ereditaria nella prima infanzia.* — Secondo Marfan ci sono nel lattante segni di certezza (pemfigo palmare e plantare, corizza congenita con ragadi nasali, sifilide della pelle e delle mucose, ragadi labiali e palpebrali, pseudoparalisi di Parrot, splenomegalia prima del 3° mese), e segni

di probabilità (melena dei neonati, adenite sopraepitrocleare bilaterale, convulsioni di origine non precisabile, strabismo convergente essenziale, idrocele irriducibile con induramento dei testicoli e forse le vegetazioni adenoidi prima del 3° mese).

Importanza dubbia ha l'ipertrofia del timo come sintoma di probabilità, mentre più importanti sono i vomiti abituali (nel 60 % degli eredoluetici), gli arresti di crescenza e il rachitismo. Orienta verso la sifilide il rachitismo precoce a predominanza cranica. Anche le anemie della prima età devono far pensare alla lues.

Tralasciando le manifestazioni nettamente evolutive e virulente, il lattante sospetto di eredolues è debole, spesso nato prematuramente, non cresce nonostante un'alimentazione normale, può avere facies senile, colorito giallastro; è splenomegalico, ha segni di rachitismo. Ma non sempre l'eredoluetico è ipertrofico. Inoltre molti di questi segni su enumerati possono avere causa diversa dalla lues. Se il sospetto di lues c'è, è bene fare la cura specifica.

IV. *Il problema della sifilide ereditaria nella seconda infanzia e nell'adulto.* — Possono aver valore le alterazioni craniche (fronte olimpica, cranio natiforme, microcefalia, naso a sella, cicatrici di ragadi labiali), le stigmate dentarie, le alterazioni oculari, uditive. Ci possono essere esostosi, alterazioni aortiche. Alcune di queste stigmate non hanno valore strettamente specifico.

Possono esserci manifestazioni evolutive sotto varie forme: forme febbrili con meningite, forme croniche apirettiche con lesioni ossee, o con bronchiettasie. L'ulcera gastrica può essere luetica (ma non tutti l'ammettono). Spesso si hanno lesioni epatiche e spleniche. Esistono anche sindromi endocrine, le quali però non sono necessariamente legate alla lues.

Ci sono lesioni nervose particolarmente connesse colla lues: emiplegie infantili, sindrome di Little, deficienza mentale, idiozia. Più discusse sono l'epilessia e la corea nei loro rapporti coll'eredolues.

Negli adulti si può avere lues ereditaria a manifestazione tardiva: meningite luetica, paralisi facciale, paraplegia spastica. In tutte le malattie a etiologia oscura nell'adulto bisogna ricercare la lues.

V. *Sifilide della seconda e della terza generazione.* — Si può avere lues nei nonni e nei nipotini senza che ci siano state manifestazioni cliniche nei genitori. Le forme virulente sono le più rare, ma le più facilmente diagnosticabili. In alcuni casi riferiti ampiamente dall'A. si trova lues ancora nella 3ª generazione.

R. LUSENA.

Sifilide da trasfusione sanguigna.

(CH. AUBERTIN e J. FLEURY. *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 1930, n. 2).

Si sa da tempo che il sangue dei sifilitici può trasmettere l'infezione al periodo secondario ed anche al terziario, donde la necessità di praticare prima di ogni trasfusione la W. R. sul sangue del donatore. Qualche volta però questa regola non è stata seguita sia in casi urgenti, sia quando il donatore è un membro della famiglia. Ne sono perciò derivate delle sifilidi secondarie alla trasfusione.

Gli AA. ne riferiscono un caso da loro studiato. Si trattava di un uomo di 34 a., sofferente di anemia da una diecina di mesi ed al quale erano state fatte alcune trasfusioni, essendo donatore un di lui cognato. Alcuni giorni prima dell'ingresso in Ospedale aveva avuto un notevole aggravamento delle condizioni generali ed era comparsa una eruzione di papule su tutto il corpo, più accentuata alla fronte, alle palme e alle piante. La loro superficie era ora liscia ora squamosa, il colorito simile a quello del rame.

I gangli delle regioni cervicali, inguinali, sopratrocleari erano aumentati di volume.

Le reazioni sierologiche per la sifilide risultarono tutte nettamente positive.

Nonostante che cure adatte e per la sifilide e per la anemia, fossero prontamente fatte, il p. morì dopo una quarantina di giorni dall'ingresso in Ospedale.

Egli aveva assicurato ai medici di non aver avuto rapporti sessuali all'infuori di quelli con la propria moglie: questa non mostrava nessuna eruzione e la W. R. sul suo sangue risultò negativa. Mentre invece risultò nettamente positiva la W. R. sul sangue del cognato del p., unico donatore per le trasfusioni sanguigne anteriori all'ospitalizzazione.

Per poter con certezza incriminare una trasfusione sanguigna, quale mezzo di contagio della sifilide sono necessarie due condizioni teoriche: 1) che il donatore sia sifilitico e sifilitico a sangue virulento; 2) che il ricevente non abbia potuto essere sottoposto ad altra causa di contaminazione: è questo il punto più difficile a stabilirsi. Lo studio dei vari casi ha mostrato però che la sifilide da trasfusione possiede due caratteri particolari: un periodo di incubazione di sessanta a settantacinque giorni e l'assenza dell'ulcera primaria e della adenopatia primaria.

Gli AA. concludono raccomandando uno scrupoloso esame clinico e sierologico dei donatori e, poichè potrebbe darsi che il ricevente fosse sifilitico, di utilizzare nelle trasfusioni dirette un apparecchio che impedisca il riflusso del sangue verso il donatore.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

P. CAPASSO. *Manuale di chirurgia d'urgenza ed interventi abituali*. Idelson, ed., Napoli. Prezzo L. 35.

È la seconda edizione d'un libro che ha avuta una meritata fortuna. L'A. vi ha profuso tutte le sue doti di chirurgo colto e sperimentato e di scrittore brillante. La materia è proporzionamente distribuita, e la concisione nulla toglie alla chiarezza ed alla precisione dell'esposizione. La piccola mole del volume, l'eleganza della rilegatura e della veste tipografica, la ricchezza delle illustrazioni aumentano i pregi del libro, che si raccomanda sopra tutto per il suo indirizzo essenzialmente pratico. DR.

P. ZANDER. *Das Für und Wider der chirurgischen Behandlung des Gallenleidens (auf Grund der Erfahrungen an 800 Gallenoperationen)*. Un vol. di pag. 90, con 8 grafiche. Edit. G. Thieme, Lipsia 1930. M. 8,50.

L'A. dopo una diligente rassegna dei casi da lui operati si propone di rispondere al quesito se la calcolosi biliare debba essere trattata con cura medica o chirurgica.

Non esiste un criterio di giudizio generico; in qualche caso c'è la possibilità di operare troppo tardi, in qualche altro di operare quando non c'è l'opportunità di farlo.

Il problema deve venire risolto individualmente, caso per caso e la sua soluzione ha due premesse: una diagnosi precisa, una collaborazione intima tra medico e chirurgo.

Di particolare interesse chirurgico sono una serie di osservazioni di tecnica operatoria e l'esposizione dettagliata di alcuni casi di particolare interesse. Il gran numero degli operati e gli esiti avuti permettono all'A. di portare notevoli contributi a numerosi quesiti, come la cura pre- e postoperatoria, la colecistectomia ideale, il drenaggio del coledoco, ecc.

VALDONI.

G. GHERARDINI-A. TATTONI. *Carcinoma primitivo della testa del pancreas*. F. Vallardi, ed. Milano, pag. 298. L. 40.

Monografia della collana diretta dal prof. Viola: premessi alcuni cenni storici, viene ampiamente trattata l'etiologia, la patogenesi, la anatomia patologica della malattia in oggetto. Il Gherardini di poi fa la minuta analisi della clinica dell'affezione descrivendone le varie manifestazioni, il decorso, le forme cliniche. Un vasto capitolo è dedicato alla diagnostica funzionale, alla diagnosi diretta, alla diagnosi differenziale. Il Tattoni detta i capitoli della diagnostica radiologica, della terapia, ecc.

Chiude il volume la descrizione degli undici casi osservati dagli AA.

Libro interessante, completo, di evidente utilità per lo studioso che si trovi di fronte a casi del genere. MONTELEONE.

Allergie des Lebensalters. Die bösartigen Geschwülste. G. Thieme, Lipsia.

Pirquet ha lasciato un manoscritto che per suo volere è stato riordinato da Orel.

Il libro, di 170 pagine, è ricco di tabelle ove sono riportati i casi di morte per tumori dal 1911 al 1926, elencati a seconda il sesso, gli organi ed infine in rapporto alle varie epoche della vita, con rilievi interessanti sulle diverse percentuali dei neoplasmi messe in confronto fra loro sotto i punti di vista di questi fattori generali. R. BRANCATI.

L'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro in Milano ha inviato alla Redazione, raccolti in un primo volume, tutti i lavori eseguiti nelle varie Sezioni nell'anno 1929.

In due prime monografie in italiano e tedesco il prof. Fichera, Direttore Generale, illustra con fotografie e piante la sede dell'Istituto e in una relazione l'attività del primo anno con dati statistici sui malati, sul trattamento chirurgico e fisico, sullo sviluppo culturale. Quindi è raccolta una serie di 17 lavori così divisi:

Reparto Biologia (prof. RONDONI):
RONDONI: *Weitere Untersuchungen über die Kombinierte Serum.-Lipoidbehandlung des Mäusecarcinoms;* CARMINATI: *Ricerche interferometriche sul siero, con particolare riguardo alla siero-diagnosi dei tumori;* BOLAFFI: *Studio sui lipoidi del topo portatore di adeno-carcinoma;* ID. *Der cholesteringehalt der Carcinommäuse;* BARELLI: *Die Virkung des bestrahlten Ergosterins ant deu Maüsekrebs;* ID. *Ricerche sui processi di deidrogenazione nei tessuti normali e neoplastici;* DEFRISE: *Uber die bösartige Uniwandlung der in vitro gezüchteben Normalzellen.*

Sezione anatomo-patologica (prof. PEPERE):
DOCIMO: *La linfangite carcinomatosa generalizzata del polmone.*

Reparto chirurgia generale (prof. FICHERA):
FICHERA: *Impianti omoplastici foto-umani nel cancro e nel diabete;* ID. *La conferenza internazionale del cancro;* ID. *Sulla terapia dei tumori col piombo colloidale;* DENTICI, MORETTI e PATTARINI: *Il piombo colloidile nella cura dei tumori maligni.*

Sezione ginecologica (prof. ALFIERI):
MOGLIA: *Adenoma destruens seu malignum corpori uteri;* ID. *Il contributo della levatrice nella lotta contro il cancro.*

Sezione radiologica (prof. PERUSSIA):
MEDEA: *Studio radiologico dell'invaginazione intestinale;* RATTI: *Aspetti radiografici di alterazioni neoplastiche costali;* ASTI: *Note di tecnica per la costruzione di apparecchi in pasta Columbia nella radiumterapia di superficie.*

R. BRANCATI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

IX Congresso Italiano di Radiologia Medica

(Torino, 20-21-22 maggio 1930).

Alla augusta presenza delle LL. AA. Reali il Principe e la Principessa di Piemonte è stato inaugurato a Torino, nel « Palazzo del Giornale », al Parco del Valentino, il IX Congresso Italiano di Radiologia Medica.

I Principi di Piemonte colle loro Case civili e militari S. E. il generale Clerici, il conte e la contessa Brandolin d'Adda, gli ufficiali Ponzani e De Cristoforo sono stati ricevuti dal Comitato ordinatore del Congresso all'ingresso del palazzo del Giornale, nonchè dalle Autorità. Del Comitato ordinatore erano presenti il presidente prof. Bertolotti e i vice-presidenti Boidi-Trotti e M. Ponzio, nonchè i segretari Lupo, Conte, Reviglio, ecc. Fra le Autorità: S. E. il Prefetto Maggioni in rappresentanza del Governo, l'on. Paolucci, il Podestà di Torino Conte Paolo Thaon di Revel; S. E. Casoli e S. E. De Santis per la Magistratura, il Preside della Provincia avv. Anselmi, il Preside della Facoltà di Medicina prof. Maggiora-Vergano, il clinico chirurgo di Torino prof. Donati, il clinico medico prof. Micheli, il patologo medico e il chirurgo proff. Cecconi e Uffreduzzi, il prof. Busi in rappresentanza del Sindacato medico Fascista; i rappresentanti del Corpo sanitario militare: tenente col. Montanari, magg. Cogliati, cap. Borello; il Rettore dell'Università di Torino prof. Pivano, ecc. Presenti la maggioranza dei radiologi italiani; notato fra i radiologi stranieri lo Schüller di Vienna. Il Podestà di Torino portò il saluto della città ai radiologi.

Il prof. BALLI presidente della Società di Radiologia porse ai Principi il ringraziamento e il saluto della Società stessa.

Il prof. PIVANO, rettore della Università, ha recato il saluto dell'Università e ha pregato il Principe di Piemonte di permettergli di ricordare il titolo che S. A. si è compiaciuto di accogliere qualche mese addietro di professore *honoris causa* perchè tutti gli scienziati presenti lo potessero salutare non soltanto come Principe, ma anche come altissimo augusto collega.

Prende per ultimo la parola il prof. BERTOLOTTI che ha fatto una breve incursione nel campo della storia della scienza per mettere in rilievo il contrasto tra la seconda metà del settecento, tutta permeata di spirito enciclopedico ed il movimento dottrinale del secolo seguente in cui prevalse invece la specializzazione scientifica; fenomeno storico grandioso per cui con Edison, Lumière, Marconi e Roentgen sul finire dell'ottocento si registrarono scoperte di incalcolabile portata universale dovuto allo studio limitato a singoli problemi.

S. E. il PREFETTO, ottenuto il consenso di S. A. R. il Principe di Piemonte, in rappresentanza del Governo Nazionale ha dichiarato aperto ufficialmente il Congresso.

Gli Augusti Principi sono stati accompagnati dalle Autorità a visitare la grande mostra di apparecchi radiologici sistemata in modo veramente grandioso nel salone centrale del palazzo del Giornale e hanno assistito alla proiezione di una film cinematografica dei movimenti del cuore secondo il sistema ideato da Luboshez a presa diretta dallo schermo fluorescente.

Le relazioni del Congresso erano imperniate sui due temi: I. *Anatomia radiografica del cranio* (NUVOLI) e *Tumori della base cranica* (MONTANARI); II. *La radioterapia delle emopatie* (relatori BIGNAMI e SICILIANO).

Tutte le comunicazioni riguardavano questi due argomenti solamente.

NUVOLI, svolgendo il tema a lui affidato, ha cercato di semplificare la materia, sintetizzarla in modo da porgere il filo di Arianna a colui il quale si avventura nel labirinto della craniologia Roentgen. Questo filo è il metodo di indagine senza il quale non è possibile raggiungere risultati attendibili. In craniologia Roentgen non è la scelta di questa o quella proiezione che può condurre ai risultati voluti, ma è l'applicazione rigida del metodo di indagine imperniantesi nelle cinque proiezioni fondamentali del cranio che permettono nella maggioranza dei casi di formulare un giudizio sicuro o addita finalmente sulla base dei dati clinici quali siano le proiezioni speciali veramente utili da aggiungersi o quando si debba ricorrere alla stereoscopia. Queste cinque proiezioni mostrandoci tutte le parti svelabili e dandoci per così dire la possibilità di girare il cranio nelle nostre mani devono essere seguite in ogni caso se non si vuole che qualche dato sfugga. Le proiezioni sagittali sono due: la occipito-frontale e la fronto-occipitale: due le laterali, la destra-sinistra e la sinistra-destra; due le assiali: la vertico-submentale e la submento-bregmatica. Va preferita la fronto-occipitale (fronte verso i raggi) e la submento-bregmatica (i raggi entrano nella regione sumentoniera per uscire dal vertice): oltre queste due e le due laterali si pratica infine una obliqua secondo Stenvers o secondo una obliqua consigliata dal Busi. Per mezzo di queste cinque proiezioni è possibile uno studio metodico completo di tutto il cranio (vôlta, base e seni) due soli forami sfuggono alla nostra indagine: il forame stilomastoideo per cui fuoriesce il VII paio e il forame condiloideo posteriore.

In casi speciali possono essere usate altre proiezioni che integrano le precedenti: l'occipito-frontale, la vertico-submentale, le proiezioni oblique di Mac Millan (che non è stata escogitata originariamente per il forame ottico, ma solo per la rocca), la proiezione obliqua di Rhese-Palli (in cui il forame ottico cade in vicinanza del bordo orbitario esterno a metà circa dell'arco da esso formato), la proiezione obliqua di Goaldwin (in cui l'immagine del foro ottico cade nell'angolo inferiore laterale dell'orbita).

Il MONTANARI nello svolgimento del suo argomento ha avuto a disposizione tutta la casistica dei proff. Bertolotti e Busi che hanno messo a sua disposizione i loro archivi: vi si ritrovano pertanto nella casistica da lui riportati molti dei casi già illustrati dal Bertolotti in articoli e in libri (compreso quello sulle lezioni di craniologia Roentgen pubblicato di recente). Premessi alcuni appunti di semeiotica generale di radiologia dei tumori endocranici (segni generali, se-

gni locali), l'O. ha adottato nella classificazione il metodo topografico ed essendo il suo campo limitato ai tumori della base, ha considerato le tre fosse cerebrali occupandosi dei meningiomi della fossa anteriore, dei tumori ipofisari della fossa media e dei neurinomi della fossa posteriore.

I meningiomi sono radiologicamente riconoscibili nel 50 % dei casi: le alterazioni provocate dal meningioma nella parete cranica sono distinte in alterazioni da erosione, da vascolarizzazione, da addensamento, da dilatazione della meningea media, da deformità sellari.

I tumori della fossa cerebrale media per i rapporti colla sella e i seni sfenoidali offrono un largo campo di indagine (tumori endosellari, iuxta-sellari, soprasellari, parasellari, sottosellari, presellari e retrosellari) e il relatore ha passato in rassegna le alterazioni dovute all'idrope del III ventricolo, le alterazioni del pavimento retrosfenoidale dovute a tumori endocranici, le alterazioni della base, dovute ai tumori dell'epifaringe, ecc. Fra i tumori della fossa cranica posteriore l'O. ha ricordato i colesteatomi e i tumori dell'angolo pontocerebellare.

L'importanza della radiologia in questo campo va senz'altro affermata: naturalmente la diagnosi focale acquista un valore enorme nel caso di un tumore estracerebrale perchè questo può essere estirpato con successo (endoteliomi; meningiomi della convessità, adenomi della loggia ipofisaria, tumori circoscritti della fossa posteriore: tumori del recesso laterale, gliomi, endoteliomi del seno sigmoide, neurofribromi dell'acustico): ma questi tumori raggiungono il 50 % dei casi: nell'altro 50 % si tratta di gliomi intracerebrali. La cooperazione del neurologo e del neurochirurgo col radiologo è di somma importanza; non per nulla Béclère si augura che debbano sorgere dei neuroradiologi competenti tanto nell'esame neurologico che radiologico.

Dopo una bella discussione sull'argomento a cui hanno portato il contributo della loro esperienza personale radiologi e clinici, tra cui il prof. Donati, sono state svolte le comunicazioni di craniologia (una ottantina) precedute dalla comunicazione dello Schüller di Vienna: su qualche variazione ed anomalia dello sfenoide (legamenti ossificati interclinoidei e petroclinoidei; *dorsum sellae elongatum;* ipoplasia della sella turcica; deformazione della sella turcica nella neurofibromatosi di Recklinghausen, iperostosi circoscritta sfenoidale, pneumocele sfenoidale, ecc.).

Bignami (della Scuola di Pavia del Balli) con un lavoro poderoso ha passato in rassegna i risultati che si ottengono con la radioterapia nelle emopatie: in una parte generale succinta il relatore, pur tenendo conto di tutta l'enorme letteratura sull'argomento, ha saputo fondere i dati e le ricerche altrui con le sue ricerche e le sue osservazioni personali.

Così egli ha passato in rassegna l'azione biologica dei raggi X sul sangue e sugli organi emopoietici; gli studi sperimentali sulle modificazioni anatomo-patologiche degli organi emopoietici, le modificazioni post-irradiatorie del sangue circolante, la genesi delle modificazioni degli organi emopoietici e del sangue; l'influenza dei fattori estrinseci e intrinseci, sugli effetti biologici dei raggi X. Anzichè seguire una vera classificazione delle emopatie nel corso della sua esposizione, l'O. ha preferito seguire il seguente ordinamento passando successivamente in rassegna l'azione e i risultati che si ottengono nelle emopatie: leucemie, morbo di Vaquez, mielosi globale aplastica, anemia perniciosa, granulomatosi maligna, morbo di Guacher, sindrome di Mikulicz, cloromi; mielomi, linfosarcomi e linfosarcomatosi, neoplasie sistematiche delle ghiandole linfatiche, splenomegalie primitive, diatesi emorragiche.

Per quel che riguarda le leucemie (di cui l'O. riporta molti casi personali minutamente studiati) si può dire quanto segue: oltre modificazioni quantitative si hanno sotto i raggi X modificazioni qualitative con scomparsa progressiva degli elementi immaturi: i più sensibili sono gli emocitoblasti; i mieloblasti proneutrofili mostrano un comportamento analogo, più resistenti sono i mieloblasti basofili; i promielociti, i mielociti e i metamielociti mostrano una resistenza inversamente proporzionale al loro grado di maturazione: una riserva va fatta per gli elementi basofili più resistenti. I granulociti si comportano in modo inverso a quello degli elementi via via più immaturi: la serie rossa mostra una chiara ripresa col miglioramento delle condizioni generali. Non esiste un parallelismo — anche per le ricerche del relatore — fra eliminazione dell'acido urico e distruzione dei globuli bianchi. Il relatore accennando alla ripresa delle condizioni generali, fa notare la provvisorietà dei risultati che si ottengono nella terapia delle leucemie e nega alla radioterapia, anche precocemente intrapresa, alcuna particolare influenza nel senso di rallentare il decorso del processo morboso, ritenendo come eccezionali i casi pubblicati da Gortan e Milani di sopravvivenza per circa 9 anni di leucemici irradiati. L'O. dà la massima importanza nell'azione dei raggi X nella leucemia all'azione diretta sugli organi emopoietici, indipendentemente e al di sopra di un eventuale leucotossina (azione indiretta).

Quanto al trattamento il relatore è partigiano delle piccole o medie dosi a seconda dei casi, irradiando sulla milza o linfoghiandole (rispettivamente nella forma mieloide e linfatica), ricorrendo ad altre sedi solo in casi particolari.

Ottimi risultati dà la roentgenterapia nel morbo di Vaquez: per quel che riguarda il granuloma è fuori dubbio che i raggi X hanno il potere di prolungare in modo più o meno sensibile l'esistenza dei soggetti colpiti dal granuloma maligno. Non bisogna abbandonare l'individuo colpito dal granuloma dopo una radioterapia preliminare in attesa di recidive: ma ridotte le manifestazioni iniziali del granuloma con dosi discretamente elevate o medie a seconda dei casi, bisogna continuare a irradiare controbattendo tutte le più piccole e possibili manifestazioni del processo morboso.

Nel campo delle diatesi emorragiche infine i raggi X rappresentano un mezzo terapeutico prezioso e quantunque molto complessa sia la patogenesi di questi processi, è fuori dubbio che i raggi X sono capaci di agire su di essi eliminando o almeno riducendo talune cause del loro sviluppo sia per modificazioni dello stato chimi-

co fisico del sangue o nel ricambio calcico, sia per inibizione dell'abnorme attività eritrolitica o piastrinolitica degli elementi splenici reticolo-endoteliali.

Il prof. SICILIANO (Firenze), correlatore del tema, ha voluto intitolare la sua parte come commenti e problemi intorno alla radioterapia delle malattie del sangue. Infatti l'argomento, mentre dal lato pratico e terapeutico è abbastanza ristretto, perchè le applicazioni veramente proficue della radioterapia sono limitate a un piccolo numero di malattie; dal punto di vista teorico il problema appare assai intricato e si può scindere in una quantità di quesiti di cui molti attendono ancora una soluzione. È questo lato dell'argomento che il relatore ha affrontato in modo veramente brillante con una visione clinico-radiologica dei singoli punti, tenendo desta per i tre quarti d'ora regolamentari (che il presidente aveva concesso ai relatori i cui lavori avevano già veduto la luce in bella veste tipografica) l'attenzione dell'uditorio. Giustamente il relatore fa osservare che lo studio sugli animali non potrà mai sostituirsi all'individuo malato, perchè in nessun altro capitolo come in questo è tanto evidente il divario che esiste tra le condizioni sperimentali e le naturali. Difatti la malattia crea dei problemi tutti nuovi e del tutto diversi da quelli che si possono studiare negli animali sani. D'altra parte ci troviamo di fronte a due incognite essendo da una parte non del tutto chiaro il meccanismo generale dell'azione biologica dei raggi X e dall'altra non essendo tutte ugualmente chiare le idee intorno alla genesi degli elementi del sangue. Di fronte alle difficoltà che ci presenta da una parte la radiobiologia e dall'altra l'ematologia, noi spesso ci troviamo a dover spiegare i fenomeni che si offrono alla nostra osservazione fondandoci su basi tutt'altro che solide e ci troviamo spesso nella condizione di non sapere se rinunziare alle leggi fondamentali della radiobiologia o per lo meno se è necessario allargarne i confini o se piuttosto non siamo obbligati a modificare qualche nostra veduta in fatto di fisiologia e patologia del sistema emopoietico. Accennate alle difficoltà di interpretazione del reperto istologico del midollo osseo, l'O. affronta il problema delle variazioni periferiche del sangue dopo la radioterapia, affermando che il meccanismo della leucopenia provocata dai raggi X non può essere certo quella di una distruzione diretta dei leucociti in circolo e ciò qualunque sia la valutazione della radiosensibilità agli elementi stessi. L'O. ripudia il concetto della leucotossina e anche da un punto di vista della biologia generale è strano che i prodotti di disfacimento dei leucociti debbano riuscire letali per i leucociti stessi; e ricorda le reazioni varie che provoca la immissione in circolo di albumine eterogenee.

Le modificazioni del sangue, che seguono non immediatamente le irradiazioni, hanno un significato meglio definito e l'O. affronta la questione della radiosensibilità degli elementi della serie rossa e della serie bianca. Un fatto che spicca infatti durante il trattamento delle leucemie è appunto l'opposto comportamento dei leucociti e degli eritrociti che presentavano due curve ad andamento inverso. Il relatore fa rilevare tutta l'importanza delle azioni indirette dei raggi X da parte di sostanze derivanti non tanto dall'azione distruttrice dei raggi sul sangue circolante (fenomeno poco verosimile), quanto dai tessuti stessi irradiati, tra cui dobbiamo considerare in prima linea il midollo osseo e la milza per la speciale radiosensibilità degli elementi che contengono, ma non in modo esclusivo.

Come manifestazioni di una azione a distanza possiamo trovare i segni di una affrettata maturazione degli elementi, e di una più intensa attività formativa con fatti frequenti di divisione cellulare. Per quanto riguarda l'azione stimolante delle piccole dosi la questione secondo il relatore va spostata nel senso del riconoscimento di una azione indiretta con meccanismo umorale. Il relatore infine (e non è possibile suntare l'interessante studio) prende in considerazione la irradiazione della milza in rapporto colle condizioni di coagulabilità del sangue e in rapporto al trattamento delle emorragie e delle diatesi emorragiche mette in evidenza come accanto al fenomeno della coagulazione vada considerato il problema del comportamento delle piastrine e l'eventuale azione dei raggi X sopra i capillari sanguigni. Discute infine, per quanto riguarda la leucemia, l'evoluzione della malattia sotto l'influenza del trattamento e la tecnica da seguire: accenna alla sensibilità diversa delle forme mieloidi e linfatiche, e chiude la interessante relazione sul trattamento del linfogranuloma.

Alla discussione su così interessante argomento han partecipato il prof. MICHELI, i proff. PERUSSIA, MILANI, PALMIERI, GORTAN, CAPOCACCIA, MELDOLESI, TURANO, ecc.

MICHELI ha confermato, tutta l'efficacia della radioterapia nelle leucemie, affermando che occorre seguire il malato senza fare irradiazioni intempestive, ma distanziando le applicazioni a seconda del reperto ematologico; MILANI ha fatto notare che elemento del successo nella sopravvivenza del leucemico è essenzialmente il reperto ematico, giacchè quando scarse sono le forme immature i risultati sono migliori. Nell'azione dei raggi X l'azione distruttrice è infatti la più appariscente ma di secondaria importanza, giacchè il reperto leucemico del sangue periferico non è che un caso particolare e la benefica azione dei raggi X nelle forme leucemiche e aleucemiche è essenzialmente rivolta sul processo di maturazione e di produzione e di immissione in circolo dei globuli bianchi: la riduzione del numero dei globuli bianchi nelle forme leucemiche avviene non per una distruzione diretta dei raggi X (azione distruttrice non invocata neppure per le modificazioni ematologiche in condizioni normali), ma per crisi leucolitiche provocate dalla leucocitosi che segue alla leucolisi iniziale. Da ciò la riduzione dei globuli bianchi dopo un periodo oscillante e l'azione dei raggi X a lunga scadenza anche dopo una sola applicazione per le crisi che si susseguono una all'altra, come se una desse la spinta alle successive: le crisi leucolitiche non si differenziano dalle crisi che avvengono normalmente nei leucemici, se non per il fatto che sono provocate.

CAPOCACCIA ha portato il contributo delle sue esperienze sulla radioresistenza dell'emocitoblasta; MELDOLESI ha citato alcuni casi di diatesi emorragica con emottoe e reperto di calcificazioni multiple intrapolmonari. TURANO ha citato e discussi i bei risultati che si ottengono sugli epiteliomi della faccia irradiando a distanza sulle natiche secondo i consigli del BUSI; GORTAN a proposito della sopravvivenza dei leucemici è partigiano delle irradiazioni distanziate.

Una conferenza del prof. FERRATA a proposito delle emopatie ha dato ai radiologi il conforto della esperienza del FERRATA su tale argomento, giacchè egli senz'altro ha affermato che le leucemie e il linfogranuloma hanno trovato nella röentgenterapia uno dei mezzi più efficaci di cura. Il FERRATA ha affermato che nella terapia radiologica delle leucemie c'è ancora molto da fare e che sfrondati gli eccessivi entusiasmi e più perfezionata la tecnica, si possa in un tempo non lontano stroncare il male, renderlo così attenuato, regolarlo in modo tale da permettere ai nostri malati di vivere lungamente in buone condizioni.

Se è noto pur troppo che l'azione dei raggi X tende ad essere successivamente meno elettiva ed efficace, il relatore afferma però « sarò eccessivamente ottimista, ma io credo che il tecnicismo progettato potrà chiarire e risolvere anche questo punto critico ». Per quanto riguarda il granuloma maligno il FERRATA afferma che la röentgenterapia è il mezzo senza alcun confronto con altri il più vantaggioso. A questa interessantissima conferenza, seguirono una cinquantina di comunicazioni sulla ematologia.

L'assemblea dei Soci ha riconfermato il Consiglio direttivo uscente: presidente BALLI, vicepresidente MILANI e ha stabilito Parma sede del futuro Congresso.

Temi di relazione saranno i seguenti: *la radiodiagnostica delle malattie dell'apparato respiratorio; radiodiagnostica delle malattie dell'intestino, lesioni da raggi.*

E. MILANI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 giugno 1930.

Presidenza: Prof. A. FERRATA, presidente.

Le cellule enterocromaffini nei pesci.

P. DE FILIPPI. — L'O. ha studiato diverse specie di pesci; solo nei selaci è riuscito a mettere in evidenza cellule enterocromaffini molto simili a quelle dei vertebrati tetrapodi; il loro numero varia da specie a specie, ma la disposizione fondamentale è la stessa.

Pneumotorace bilaterale subtotale da perforazione.

Dott. C. SARTORI. — L'O., dopo aver descritto un caso di perforazione del polmone in un individuo portatore di pneumotorace bilaterale (pneumotorace completo e rigido sinistro, pneumotorace iniziale destro, sede della perforazione), passa in rassegna le cause di rottura polmonare soffermandosi sulla presenza di aderenze che, nel caso in studio, devono aver favorito la lacerazione del polmone.

L'O. mette quindi in rilievo come l'individuo abbia potuto superare in tempo relativamente breve (48 h.) la crisi, malgrado la notevolissima e repentina diminuzione dell'area respiratoria.

Frenicoexeresi e pneumotorace controlaterale di sostegno.

Dott. F. FRIGERIO. — L'O. descrive un caso di frenicoexeresi in cui, verificatosi in seguito un forte spostamento del mediastino superiore verso il lato non frenicotomizzato, spostamento che diede luogo a disturbi subbiettivi dell'ammalato, fu necessario istituire un pnx. controlaterale di sostegno allo scopo di ottenere il ritorno del mediastino verso la sede normale.

Nel caso in esame il pnx. di sostegno fu richiesto non solo per la cedevolezza del mediastino, ma per le speciali condizioni (sclerosi avanzata) del polmone stesso.

Anemia sperimentale da Botriocefalo.

E. STORTI. — L'O. è riuscito ad ottenere sperimentalmente nei cani, mediante l'introduzione di larve di botriocefalo, una forma di anemia grave, che riproduce l'anemia osservata nell'uomo in molti casi di infezione intestinale da botriocefalo.

Ha proceduto inoltre ad una disamina condotta secondo i moderni concetti ematologici di tutti i casi descritti di anemia da botriocefalo, arrivando a queste conclusioni:

Con lo svilupparsi del verme si ottiene un'anemia gravissima ed in un caso a decorso rapidamente letale, con diminuzione dei globuli rossi fino ad un milione per mmc. con ipercromia, emolisi intensa, perdita del 50 % del peso del corpo, eritroblastosi intensa. Forte iperplasia del sistema eritropoietico senza deviazione della forma di eritropoiesi normale; lieve metaplasia mieloide della milza, imponente reazione del sistema istiocitario.

Per tali caratteri, questo tipo di anemia sperimentale va classificato come una *mielosi eritremica.* Dall'esame di tutti i casi clinici descritti l'O. conclude che solo in pochissimi casi si tratta di anemia perniciosa vera, generalmente di mielosi a tipo eritremico, raramente di mielosi aplastica.

Il Segretario: F. RICCI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 25 aprile 1930.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

A proposito dell'incisione laparotomica per l'addome destro.

Prof. R. CASSANELLO. — L'O. prendendo argomento dalla comunicazione fatta all'ultimo Congresso di Chirurgia dell'ottobre scorso a Genova dal Solieri di Forlì sulla sintonia patologica dell'addome destro e sul taglio laparotomico da lui proposto, espone e descrive una incisione che egli da anni suole praticare nei casi in cui occorre

questa sintonia patologica dell'addome destro, cui il Solieri tanto contributo patologico, clinico e terapeutico ha apportato. L'O. comincia l'incisione in basso, sul margine esterno del retto addominale nella regione ileocecale, a livello della piega del Douglas, e la prosegue verticalmente in alto fino a tre dita trasverse al disotto dell'arcata costale; da qui si dirige obliquamente in alto ed all'interno fino alla linea mediana due dita trasverse al disotto dell'appendice ensiforme. L'incisione, in profondità, interessa la cute, sottocute, l'aponevrosi del grande obliquo, la vagina anteriore del retto addominale. Spostato questo all'interno, incisione della vagina posteriore e della fascia trasversa. Quindi apertura per tutta l'altezza dell'incisione fatta, del peritoneo. In questo modo si ha una vera apertura a libro aperto dell'addome destro che mette agevolmente sott'occhio appendice, cieco, stomaco, duodeno, cistifellea e pancreas; incisione necessaria ed opportuna per apprezzare e seguire in tutta la loro estensione, continuità e spesso complessità le varie affezioni morbose della sintonia patologica addominale destra e per porre ad essa rimedio. Con una esatta e precisa sutura in *catgut* ed in seta dei varî strati incisi ricostruisce solidamente la breccia addominale, con un resultato plastico ed estetico soddisfacente.

L'O., a dimostrazione del suo asserto, presenta diverse sue operate per affezioni multiple contemporanee dell'appendice, cistifellea, duodeno e stomaco (appendicectomia, colecistostomia, gastrodigiunostomia, resezione gastrica) e fa constatare ai presenti l'ottimo resultato raggiunto, in merito alla cessazione della sintonia patologica ed in merito alla solidità ed all'estetica della cicatrice operatoria.

Sulle impurità atmosferiche e sulla loro importanza igienica.

Prof. dott. L. SESTINI. — L'O. passa in rassegna le impurità più comuni, che vanno a costituire ciò che qualche autore ha definito il « fango atmosferico ». Si occupa in modo speciale della composizione del pulviscolo atmosferico, del fumo di origine domestica ed industriale rilevandone i danni economici ed igienici.

Considera poi il problema dal punto di vista nazionale e specialmente locale. Si augura infine una più fattiva collaborazione fra igienisti, medici ed industriali, per prevenire, evitare o per lo meno ridurre al minimo gli inconvenienti sanitari rilevati.

Alcune considerazioni sulla cura di difterite e complicanze mediante il siero specifico.

Dott. L. PAITA. — L'O., dopo avere accennato alle discussioni sorte in questi ultimi anni sul fatto che, nonostante la cura specifica, vi era un ritorno epidemico grave della difterite con esiti non troppo soddisfacenti della sieroterapia tanto che cominciavano a venir sollevati dubbi sull'efficacia curativa del siero ora in commercio, dice come questi dubbi vadano ormai quasi completamente dissipandosi perchè si è constatato che ogni cosa dipende dall'aumentata virulenza del germe. Ragione per cui bisogna compiere la cura con alte dosi di siero per averne i soliti buoni risultati.

Presenta 80 casi di difterite e tre casi, di cui uno gravissimo, di paralisi post-differica tutti curati con alte dosi di siero senza alcun incidente e con ottimi resultati. Si intrattiene sulle modalità della cura, sugli esiti e viene alle seguenti conclusioni:

1) Il siero, perchè possa esplicare i suoi benefici effetti, va usato fin dai primissimi sintomi, anche se incerti o lievi, a dosi alte per neutralizzare la virulenza del germe, aumentata fortemente in questi ultimi anni.

2) Le paralisi post-difteriche vanno pure curate con alte dosi di siero.

3) Nessun pericolo di accidenti anafilattici se si procede con tecnica, esantemi eventuali da siero sempre lievi e facilmente curabili.

4) Tanto nell'infezione difterica, quanto nelle paralisi si possono usare i vecchi metodi di cura (impiastri, inalazioni nel 1° caso; stricnici, ioduri, corrente elettrica nel 2°) ma soltanto come adiuvanti della cura specifica.

5) Nessun pericolo, anzi grande giovamento dalla intubazione, quando sia fatta con arte.

6) Necessità di adoperare esclusivamente sieri curativi nazionali oltre che per il grande loro valore per tante altre ragioni che li rendono superiori a quelli esteri.

L'uroselectan nella diagnosi differenziale da calcolosi renale e calcolosi del pancreas.

Prof. PICCININO. — Donna di anni 27, peso Kg. 54. Da due mesi, dopo un parto, coliche all'epigastrio con vomito ed irradiazioni al dorso ed alla spalla sinistra. Durante le crisi dolorifiche, glicosuria (fino a 6-7 gr. per mille) ed acetonuria che diminuiscono col ridursi delle sofferenze.

Colecistografia: colorazione normale della cistifellea.

Esame gastrico ed intestinale: negativo.

Radiografia diretta (7-III): Presenza di due ombrette di densità calcarea all'altezza della II lombare, alquanto a sinistra della stessa, in piena ombra renale. Nella laterale le ombre corrispondono al davanti dei corpi vertebrali.

Uroselectan (15-IV): Si iniettano 40 cc. di soluzione 35 %, che la paziente tollera benissimo. Dopo 15' la radiografia mostra l'iniezione della pelvi e dell'uretere d., e la presenza delle due ombrette già notate nell'ombra renale, rese ora pienamente evidenti.

Dopo 20' in posizione laterale d. l'ombra sospetta si confonde con la II v. lombare. È evidentissima ed assai chiara l'iniezione delle pelvi ed ureteri di ambo i lati.

Dopo 35' posizione laterale S. Con tale proiezione obliqua le ombre calcaree si portano al difuori dei reni resi più evidenti con l'uroselectan.

Si ha quindi la assicurazione che le ombre notate sono da attribuirsi al pancreas, anzichè al rene sinistro.

Ancora sull'uroselectan.

Dott. F. SESTINI. — L'O. riferisce su ulteriori esperienze da lui fatte all'Ospedale degli Incurabili di Napoli, in unione col prof. Piccinino e all'Ospedale Civile della Spezia, in unione col dott. F. Beverini. L'O. viene alla conclusione che l'uroselectan è realmente capace di dare l'ombra

radiologica del rene e delle vie di escrezione, ma che la preparazione non ne è ancora perfetta. Allorchè la preparazione è ben riuscita si ha una soluzione di colore di infuso di tabacco, quando la tinta è più chiara, si ha l'ombra radiologica più pallida. Con una buona soluzione si hanno buoni risultati anche con 35 cc. di soluzione iniettata.

L'uroselectan è un preparato meritevole di fiducia e da considerarsi specialmente utile in casi di diagnosi difficile o nei quali gli altri mezzi di indagine non si siano potuti usare od abbiano dato resultati dubbi.

Di un caso di sindrome del foro lacero-posteriore.

Dott. A. BRONZINI. — L'O. presenta un malato affetto da sindrome del foro lacero-posteriore (lesione del XX, X e XX paio di nervi cranici), con paresi del facciale, dovuto a osteite della base. Tale lesione si era iniziata con una otite purulenta, in pochi giorni risolta, la quale aveva dato luogo ad una mastoidite latente, ad una abbondante raccolta perisinusale, con gravi lesioni del golfo della giugulare. *Il Segretario*: C.

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno in Camerino.

Seduta dell'8 giugno 1930.

Broncospirochetosi del Castellani e tubercolosi.

Dott. ROSSI P. (Fermo). — Riferisce d'un soggetto, già ammalatosi delle febbri di trincea, in cui successivamente comparve una peritonite, che fu operata e aveva le apparenze macroscopiche della peritonite tubercolare, e un'affezione delle vie respiratorie, caratterizzata dall'escreato abbondante, fetido, d'aspetto speciale: ripetute ricerche dimostrarono la presenza della spirocheta del Castellani e s'ottenne la guarigione con la cura degli arsenobenzoli.

Nella discussione prendono la parola: PASSAMONTI riferendo un altro caso osservato a P. S. Giorgio; DELLA CASA che porta il contributo di un'altra osservazione; SALA che ricorda un'epidemia di spirochetosi avutasi qualche anno fa a Ronciglione, a dimostrare come malattie ritenute esotiche si presentino non raramente da noi; SETTE che parla della tecnica batteriologica, dei moderni concetti sulle spirochetosi e di ipotesi sulla trasmissione del virus; REZZA che ha studiato batteriologicamente tre casi ed illustra particolari tecnici e morfologici delle spirochete.

Sul volvolo del crasso.

Prof. CAUCCI A. (Ancona). — Presenta tre osservazioni con esito felice: due di volvolo del sigma, nelle quali praticò, nella prima la detorsione e la riduzione e, a freddo (essendo recidivata l'ostruzione per successive aderenze) l'anastomosi intersigmoidea, nella seconda l'amputazione extraddominale immediata del megasigma e in secondo tempo la cura dell'ano artificiale; la terza osservazione è un volvolo del ceco (trattato con la detorsione e cecostomia), sintomatico d'un carcinoma latente del colon discendente. L'O. vorrebbe elevare a metodo d'elezione quello da lui adottato nel volvolo del sigma, cioè la resezione immediata extraddominale, anzichè la riduzione dell'ansa detorta e la resezione sigmoidea a freddo, come si consiglia generalmente.

Nella discussione SALA porta il contributo di due casi d'invaginazione ileo-cecale in cui coesisteva la torsione del segmento destro.

Malattie della bocca e dei denti.

Prof. PALAZZI P. (Pavia). — Illustra con proiezioni la patologia degli accidenti d'eruzione del dente del giudizio e ne dimostra i tempi della terapia chirurgica.

Sulla vaccinazione nella tubercolosi.

Dott. DELLA CASA V. (Marotta). — Presenta alcune osservazioni con esito soddisfacente di tisi polmonare trattate col vaccino Bruschettini.

Discutono i dottori VALENTINI e MARIOTTI.

Sulla linfogranulomatosi.

Prof. CIAURI (Ancona). — Illustra clinicamente e anatomo-patologicamente un caso di linfogranulomatosi maligna, con metastasi disseminate nelle linfoglandole, nelle ossa, nel fegato, nella milza, ecc.

Istero-tubo-ovariocele.

Dott. DE FRANCESCO F. (Iesi). — Descrive un caso di agenesia dei genitali muliebri, ridotti ad un abbozzo che occupa una piccola ernia inguinale e ne dimostra con chiarezza la patogenesi.

In discussione parlano della formazione della vagina artificiale i proff. CAUCCI e CAPPELLI, il primo riportando un caso soddisfacente con processi a lembi cutanei, il secondo, sperimentati insuccessi con tale metodo, un caso di trapianto dell'intestino, ma con esito di atrofia dell'ansa.

La reazione di Kahn e la reazione al Benzochol in confronto della Wassermann.

Dott. IGI L. (Fermo). — Porta la sua esperienza in favore delle prime.

La pleurite da pneumotorace da insufflazione di gas a bassa temperatura.

Dott. MARIOTTI C. (Ancona). — Ha ottenuto in una notevole sua casistica, rilevante diminuzione nella percentuale nel pneumotorace da quando riscalda il gas che inietta.

In discussione il prof. CAPOGROSSI ricorda le lesioni specifiche della pleura in tale manifestazione e ritiene doversi tener conto nell'insufflazione non solo della differenza di temperatura ma anche di quella barometrica. C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Nefriti e nefrosi.

P. Govaerts (*Soc. clin. hôpitaux Bruxelles*, 15 febbr. 1930) osserva che è difficile lo stabilire una classificazione delle nefropatie, tenuto conto dell'oscurità che regna tuttora sulla fisiologia dell'apparato escretore renale, e discute la distinzione proposta da Mueller, Volhard e Fahr in nefriti e nefrosi.

Secondo le idee di tali autori, la nefrosi corrisponde ad uno stato di degenerazione, che si oppone a quello di infiammazione e di sclerosi. Tale classificazione, però, è passibile di critiche. La degenerazione, p. es., non esclude lo stato infiammatorio, il che non è escluso dagli autori tedeschi, i quali ammettono la nefrite a tinta nefrosica. Inoltre, in lavori personali, l'A. ha trovato delle infiltrazioni lipoidiche in cellule renali sane.

Ora, dall'esame dei disturbi risultati dall'affezione renale, si possono trarre delle deduzioni utili per la classificazione anatomo-patologica. La somiglianza chimica fra la composizione dell'albuminuria e le proteine del sangue, le loro reazioni identiche, la quantità giornaliera elevata dell'albumina urinaria permettono di scartare l'origine renale e di attribuire ad un passaggio dal sangue la presenza dell'albumina nelle urine. Il passaggio si farebbe attraverso i glomeruli; la loro struttura e l'alta concentrazione dell'albumina urinaria sono degli argomenti favorevoli a questa tesi.

La parte predominante sarebbe da attribuirsi all'attività del glomerulo; quando la permeabilità delle anse glomerulari è aumentata, si produce una fuga dell'albumina plasmatica che crea nel sangue le condizioni favorevoli all'edema. Le remissioni che si osservano talora provengono da un miglioramento del funzionamento renale.

Nei conigli intossicati con l'uranio si possono dissociare i fattori plasmatici e renali della ritenzione idrica. In patologia umana, l'azione diuretica dei sali mercuriali, dell'urea, degli estratti tiroidei può spiegarsi con un'azione renale diretta; ciò si avrebbe nelle nefropatie dette nefrosi. Quando si ha sclerosi glomerulare, la ritenzione uremica si fa per due ragioni: per la diminuzione della corrente sanguigna attraverso i glomeruli ed in causa dell'aumento della loro impermeabilità.

Tutto sommato, il nome di nefrosi deve essere conservato, per designare le affezioni renali fortemente edematose, senza origine infettiva, ad evoluzione subacuta, con delle remissioni. Nel rene si troveranno delle lesioni generalizzate, senza degenerazione e secondarie a disturbi dell'organismo ancora mal determinati.

fil.

SEMEIOTICA.

I vomiti duodenali.

Nonostante le lesioni meccaniche abbiano messo in evidenza l'importanza del duodeno nelle affezioni del tratto gastro-intestinale, e siano stati ben distinti i sintomi clinici da lesioni funzionali da quelli da lesioni meccaniche, tuttavia la fisiologia duodenale non è abbastanza conosciuta. L'esplorazione funzionale si riduce all'esame del succo biliare e pancreatico e allo studio dei loro componenti.

E' nota la forte azione tossica che esercita sull'organismo l'ostruzione cronica del duodeno, per cui il malato può giungere sino al collasso. Ciò accade nei processi che si determinano lentamente, mentre quando il duodeno è sede di una alterazione acuta, si hanno altri sintomi particolari, fra quali come ha potuto vedere G. Segura (*Prensa Med. Arg.*, n. 30, 1930) il più importante è il vomito.

Il vomito duodenale è un vomito che si distingue dal gastrico, dal fecaloide, e quando si è giunti a conoscerlo bene, diviene inconfondibile. E' un vomito tardivo: sei-sette ore dall'ingestione, quando essa è la causa, altrimenti insorge a digiuno.

Il vomito è preceduto da una serie di sensazioni angosciose localizzate all'epigastrio: senso di tensione dolorosa, frequenti conati, che aumentano con gli sforzi che il paziente fa per cercare di vomitare, fino a che il paziente stesso ha la sensazione di una colonna liquida che ascende: è il momento nel quale il piloro si è aperto, lasciando passare il contenuto duodenale.

Il vomito è di sapore amaro, biliare, senza contenuto alimentare, a volte invece contenente sangue rosso rutilante.

Il meccanismo del vomito duodenale non è noto. E' il prodotto della funzione antiperistaltica che posseggono le fibre muscolari del duodeno. Questo antiperistaltismo, che fisiologicamente serve per mescolare meglio il bolo gastrico con i succhi biliare e pancreatico, prima del suo passaggio nell'intestino tenue, rappresenta una maniera di difendersi dell'organismo per impedire il passaggio di elementi nocivi ingeriti o eliminati dal fegato con la bile.

Il vomito duodenale si osserva nei processi di gastroduodenite acuta, tossica o alimentare, in alcuni casi di intolleranza salvarsanica e mercuriale, nelle malattie con produzione di enantema.

A. P.

Anomalie nella sintomatologia dell'ulcera gastro-duodenale.

L. F. Angel (*Acta Medica Latina*, gennaio-febbr. 1930), dopo avere rammentato quanto difficile sia a volte nella pratica la diagnosi dell'ulcera gastro-duodenale, passa ad esaminare le anomalie che si riscontrano fra i tre sin-

tomi cardinali dell'affezione: vomito con ipercloridria, dolori, emorragie.

I vomiti e la ipercloridria mancano molte volte in rapporto ad alterazioni delle ghiandole secernenti dello stomaco o in quei casi nei quali non c'è spasmo del piloro.

Anche il dolore, che quando è presente è la guida migliore alla diagnosi della malattia e della sua sede, sfortunatamente è molto incostante e manca anche in molti casi di ulcere gravi che terminano con la perforazione. Vi sono casi che hanno come sintoma dominante periodi di dolori acuti che durano settimane e mesi, separati da periodi di calma che imbrogliano la diagnosi.

Anche le emorragie vanno soggette ad anomalie: molte ulcere evolvono senza sintomi emorragici apprezzabili all'esame clinico, mentre altre non si manifestano che con gastrorragie talora imponenti e frequenti.

Infine le ematemesi mancano spesso nelle ulcere duodenali, le quali « sanguinano poco ed intermittentemente » e dànno luogo a melene ripetute. Talora però accade il contrario, ed a prova di ciò l'A. riferisce un caso interessante.

E' necessario insomma che il criterio del medico conosca bene le varie manifestazioni dell'ulcera gastroduodenale e sappia valutarle senza pregiudizio in tutte le loro gradazioni.

VICENTINI.

Il valore della radiologia nella diagnosi di ulcera peptica perforata.

R. T. Vaughan e H. Singer (*Surg. Gyn. et Obst.*, 1929) hanno raccolto 72 casi della letteratura americana con ulcera gastrica o duodenale perforata in cui l'esame radiologico, dimostrando la presenza di un pneumoperitoneo più o meno esteso ha confermato la diagnosi altrimenti incerta per l'87 % (vale a dire 62).

Essi notano come questo si debba perciò considerare come il sintoma più costante e pertanto da non tralasciare nei casi incerti.

Nei 9 casi in cui il pneumoperitoneo mancava, si trattava di casi guariti spontaneamente e di cui pertanto non si può assicurare che fossero realmente dei perforati.

È pure da ritenersi che in questi casi l'apertura fosse molto sottile e la fuoriuscita di aria così scarsa da non dare immagine allo schermo.

Ad ogni modo vi sono cause di errore in questa ricerca e sono costituite:

dalla mancanza di aria nello stomaco al momento della perforazione;

dalla posizione del malato, giacchè quella sul fianco destro è la meno favorevole per la visibilità della bolla gassosa;

dalla presenza di perforazioni in altri tratti del tubo intestinale per tifo, tubercolosi, tumori.

V. GHIRON.

CASISTICA.

L'enfisema.

Ne tratta R. Oro (*Nuova Med. Italica*, n. 3, marzo 1929) in una rivista sintetica.

Le cause principali patogenetiche dell'enfisema vanno ricercate in un disquilibrio respiratorio, in infezioni dell'albero respiratorio, ed infine in lesioni del sistema elastico del polmone.

La tosse, gli sforzi, le alterazioni rino-faringee alterano profondamente il parenchima polmonare, disorganizzano il tessuto fibro-elastico, e producono le bronchiectasie, con la distruzione della struttura dell'alveolo.

Anatomo-patologicamente si riscontra una dilatazione degli alveoli con una confluenza fra quelli vicini. Microscopicamente si ha atrofia mutilante del tessuto di sostegno degli alveoli, dei canali alveolari, infundiboli, acini, bronchioli acinosi e sublobulari.

La diagnosi di enfisema, che apparentemente può sembrare facile, è irta di difficoltà, e per poter evitare un errore bisogna servirsi di tutti i mezzi a disposizione per confermarla.

Son noti i segni subbiettivi ed obbiettivi dell'enfisema: affanno da sforzo, bronchiti ripetute, cianosi più o meno diffusa, tendenza all'apoplessia. All'osservazione si nota torace globoso, che si muove *in toto*, con escursioni limitate; suono di scatola alla percussione; diminuzione o abolizione del murmure all'ascoltazione, ronchi e sibili.

Tutta questa sintomatologia può riscontrarsi anche in individui non enfisematosi; così una calcificazione delle cartilagini costali, fa muovere il torace *in toto*. Una diminuita mobilità si può riscontrare anche in anchilosi delle cartilagini costali, con atrofia dei muscoli respiratori; la dispnea può essere il sintomo di svariate malattie.

Anche l'immobilità diaframmatica, con conseguente dispnea, può non dipendere da enfisema, ma da immobilità del diaframma per ptosi addominale o per aumentata tensione addominale.

Ricordiamo il broncospasmo e il catarro bronchiale che possono simulare l'enfisema; l'enfisema vicariante che è una ipertrofia compensatrice di zone polmonari.

Per la diagnosi può giovare l'anamnesi, la quale informa sul modo d'insorgere dei disturbi respiratori; l'indice respiratorio comparato al toracico addominale, ma sopratutto l'esame radiologico. Tale esame metterà in evidenza l'ossificazione delle cartilagini costali, l'allargamento degli spazi intercostali, e tutte le modificazioni della forma dipendenti da tali alterazioni. Il segno principale radiologico consiste nella maggiore chiarezza polmonare, totale e permanente, a cui si aggiunge una minore escursione dei movimenti del diaframma.

Accanto alla ricerca radiologica, che è la

principale per diagnosticare un enfisema, va ricordato l'esame spirometrico, il quale negli enfisematosi mostra diminuzione della capacità vitale, con indice di Strohl aumentato, ed infine aumento della pressione venosa.

Per stabilire un efficace trattamento terapeutico bisogna escludere che un enfisematoso abbia tubercolosi polmonare, che sia asmatico, che non vi sia sclerosi polmonare, che non presenti affezioni rino-tracheo-bronchiali, che non sia cardiaco.

Ciò escluso, bisognerà tener presente che la cura si propone due scopi: combattere e calmare i sintomi dell'enfisema, e possibilmente modificare il terreno su cui evolve l'enfisema.

La dispnea leggera non impone cure, perchè dà scarsi disturbi; se evolve su di un fondo asmatico, somministrare antispasmodici come la belladonna, l'atrofina, la datura, e sopratutto l'adrenalina per iniezioni.

Bisogna evitare la somministrazione di oppiacei; la tosse non va combattuta, perchè favorisce l'espettorazione, eccetto nei casi in cui sia stizzosa e frequente.

In tali casi, non dar mai morfina, ma codeina, bromoformio, l'ioduro che facilita la espettorazione. In caso di bronchite acuta gioverà l'ipecacuana sotto forma di sciroppo di Dessessartz.

Per curare il fondo dell'enfisema è indicata la stricnina e l'ergotina che agiscono sulle fibre muscolari lisce dei bronchioli, oppure la cura arsenicale e jodica alternata.

Queste cure vanno integrate da cure dietetico-igieniche, comuni alle altre malattie.

Non va trascurata, come ultima risorsa, la cura meccanica. CARUSI.

Pleurite emorragica bilaterale primitiva da bacillo di Eberth.

Accanto alle frequenti complicazioni pleuriche che si possono avere durante il decorso del tifo, esiste una sindrome pleurica primitiva da bacillo di Eberth, chiamata pleurotifo, che può dominare la scena per tutto il decorso della infezione tifosa.

A. Gasparini (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 23 febbraio 1930) descrive un caso raro di pleurotifo bilaterale emorragico senza alcuna sintomatologia addominale. In un giovane di 18 anni, dopo un breve periodo prodromico senza particolari caratteri, insorse febbre elevata, senso di oppressione al torace e leggera ambascia respiratoria. Visitato dal medico, furono riscontrati i segni di un versamento pleurico a destra che rapidamente si accentuarono; dopo qualche giorno si manifestarono anche i segni di un versamento meno copioso a sinistra. Ricoverato in ospedale in 12ª giornata di malattia fu riscontrato: sensorio ottuso, lingua secca un po' arrossata, temperatura elevata, con decorso remittente; all'apparato respiratorio i segni di un versamento pleurico bilaterale, più imponente a destra, nessun fatto a carico dei polmoni; nulla al cuore; nulla all'addome, fegato nei limiti, la milza non si palpa, con la percussione si delimita all'ascellare anteriore, alvo regolare. L'emocultura, praticata pochi giorni dopo l'ingresso all'ospedale, diede sviluppo di una forma bacillare con tutti i caratteri del bacillo di Eberth. La sierodiagnosi di Widal diede agglutinazione per il tifo fino alla diluizione di 1:250.

La puntura esplorativa praticata tanto a destra che a sinistra diede esito a liquido nettamente ematico, dell'aspetto di sangue puro. Il liquido, esaminato al microscopio, dimostrava contenere quasi esclusivamente globuli rossi, pochi polinucleati ben conservati e scarse cellule endoteliali. Le prove culturali diedero sviluppo di un germe avente tutti i caratteri del bacillo di Eberth in cultura pura.

Il decorso fu stazionario per 6 giorni circa, durante i quali non si presentò alcuna sintomatologia a carico dell'apparato digerente. In 20ª giornata la febbre cominciò a regredire ed i segni fisici del versamento andarono spontaneamente regredendo con rapidità così da essere già scomparsi a sinistra in 26ª giornata e a destra in 29ª. Durante la convalescenza insorse una tromboflebite della vena crurale, che risolse in pochi giorni.

La rarità del caso descritto consiste sia nella bilateralità del versamento pleurico (esiste nella letteratura media solo un altro caso di pleurotifo bilaterale, descritto da Masciangoli) sia nel carattere così nettamente ematico del liquido. Il caso costituisce poi anche un raro esempio di sintomatologia pleurica primitiva della infezione tifosa senza manifestazioni intestinali e dimostra come la possibilità di una eziologia eberthiana debba essere tenuta presente e ponderata quando ci si trovi di fronte ad una pleurite per i cui caratteri si debba ammettere una eziologia diversa dalla comune tubercolare. TOSCANO.

A proposito della sifilide polmonare.

A. Garreton y C. Salas (*Rev. Med. de Chile*, nov. 1929) ne riferiscono un caso, la cui diagnosi clinica fu confermata dall'esame radiografico, serologico e dalla cura. Trattasi di una donna di 38 anni, ricoverata in ospedale con uno stato polmonare acuto (dolore puntorio, tosse con espettorazione sanguigna, febbre, astenia generale).

La p. aveva sofferto in precedenza di polmonite per tre volte, per cui le era residuata una bronchite cronica.

All'esame clinico dell'apparato respiratorio, fu trovata una zona di ottusità alla metà dell'emitorace d., soffio bronchiale, rantoli a fini e medie bolle e qualche sfregamento. Nulla nel rimanente ambito. Temp. 37.5, polso frequente (110) ipoteso.

Ricerca bacillo di Koch: negativa. R. W.: positiva completa.

La modica temperatura, di fronte alla intensità del quadro polmonare, la localizzazione caratteristica, l'indennità del rimanente ambito polmonare, la positività della R. W. indussero gli AA. a pensare ad una sifilide polmonare.

L'esame radiografico confermò la diagnosi, dimostrando nella metà del campo polmonare d. un'ombra a contorni irregolari, che nella sua parte mediastinale assume un aspetto reticolare, le cui trabecole si confondono con l'ombra mediastinica.

Il mediastino d. è aumentato, si nota una banda più o meno rettilinea nei tre quarti inferiori dell'ombra mediastinica.

Iniziata una cura specifica, dopo 15 iniezioni endovenose di cianuro di mercurio, le condizioni della malata cambiarono totalmente: il polso divenne meno frequente, l'espettorazione diminuì e poi scomparve; all'esame fisico del polmone non si rilevavano più che sibili e ronchi.

Radiograficamente l'ombra era diminuita notevolmente d'intensità, ma alla fine della cura era appena percettibile.

Riveduta la p. dopo 2 mesi, gli AA. poterono constatare che le condizioni della p. erano tornate completamente normali. A. P.

Il nodulo di Aschoff nella polmonite reumatica.

Nella febbre reumatica acuta il polmone può essere colpito. La patogenesi di questa localizzazione è stata ignorata fino a poco tempo fa, sopratutto perchè pochi sono i malati che soccombono nel periodo acuto della malattia.

I clinici hanno considerato generalmente le manifestazioni polmonari come dovute a insufficienza cardiaca, o a versamento pleurico, o a paralisi diaframmatica, o a pressione sul polmone da parte del cuore ingrandito, o di un versamento pericardico. Rabinowitz nel 1926 studiando una serie di questi malati trovò un gruppo in cui nessuna di queste cause poteva essere ammessa; in questo gruppo si avevano zone di ottusità con respiro bronchiale che erano saltuarie scomparendo rapidamente in un punto e comparendo in un altro. Egli non potè fare osservazioni istologiche, e ritenne che esistesse una polmonite specifica dovuta al virus della febbre reumatica acuta.

Fraser (*Lancet*, 11 genn. 1930) ha osservato due casi che illustra ampiamente dal punto di vista anatomo-patologico. Oltre le solite alterazioni del reumatismo con endocardite, egli osservò una caratteristica forma di polmonite e pleurite. La lesione pneumonica era piuttosto sparsa, con tendenza a confluenza lobulare; fra le zone colpite il tessuto polmonare appariva congesto. Dopo aver notato le alterazioni a carico della pleura, degli alveoli polmonari e dei bronchi, egli descrive nel connettivo interstiziale del polmone dei noduli posti in vicinanza dei piccoli vasi che in qualche caso erano distrutti; questi noduli avevano tutte le caratteristiche dei noduli descritti da Aschoff nel miocardio dei reumatici. R. LUSENA.

TERAPIA.

Febbre ittero-emoglobinurica e plasmochina.

I. Biddau (*Riv. di Malariologia*, genn.-febbr. 1930) rileva che alla febbre ittero-emoglobinurica deve spettare il nome di malattia del Tomaselli, perchè questi per il primo ha dimostrata la grande importanza del chinino e della malaria nella sua genesi.

L'A. accenna alla sintomatologia di tale forma: ittero emolitico con emoglobinuria, albuminuria, talvolta cilindruria, oliguria ed anche anuria; ipercolia; fenomeni di deficienza cardiaca e di profonda anemia; vomiti biliari accentuati; febbre elevata, spesso preceduta da brividi; tumore di milza, ingrossamento del fegato. A carico del sangue si ha inoltre: oligocitemia con oligocromenia, anisocitosi, poichilocitosi, generalmente leucopenia con mononucleosi.

L'A. osservò tale sindrome in una ragazza di 16 anni, la quale aveva preso sei compresse di chinino dello Stato. Dopo due iniezioni endomuscolari di cmc. 3,2 di plasmochina, praticate in due giorni, il vomito incominciò a diminuire, il colore della cute si andò facendo più chiaro, le urine ritornarono di colore normale, senza più nè emoglobina, nè albumina. Si praticarono altre 4 iniezioni e, dopo tre giorni di riposo, altre sei. L'ammalata guarì e andò migliorando nella crasi sanguigna. All'inizio della malattia, l'esame del sangue era stato positivo per i parassiti della estivo-autunnale.

Dall'osservazione dell'A. risulta che la plasmochina iniettabile si è dimostrata efficace nella febbre emoglobinurica, troncando in breve tempo l'accesso emoglobinurico; essa è risultata innocua in modo assoluto sul filtro renale sofferente e non ha provocato nessun disturbo nè inconveniente. Oltre che sulla febbre, la plasmochina ha spiegato anche un'azione energica sul reperto parassitario e sul tumore di milza.

Per quanto riguarda la patogenesi, l'A. ritiene che la sindrome si manifesti attraverso il meccanismo di uno *shock* anafilattico.

fil.

Sensibilità al chinino della malaria da inoculazione.

Sovente riesce difficile precisare e prevedere il momento pericoloso della malarioterapia, quando cioè si richiede la necessità di mitigare l'accesso febbrile senza distruggere l'infezione malarica. Un'anemia a carattere progressivo, un esagerato numero di plasmodi nel sangue, un accentuato aumento di volume della milza,

oppure sintomi cardiaci pronunziati, uno stato di debolezza generale, sono tutte sindromi allarmanti che obbligano l'interruzione momentanea ed in alcuni casi definitiva della cura.

Tutte queste complicazioni però insorgono a preferenza quando la febbre assume un carattere quotidiano, il che accade dopo alcuni accessi febbrili, mentre se si vuole ottenere un effetto terapeutico dalla malarioterapia, sono necessari in genere 10-12 accessi, e siccome il processo terapeutico, a causa del periodo di incubazione, richiede un lungo periodo di tempo, si deve tentare quanto è possibile per non interrompere l'infezione col trattamento chininico, ma solo renderne più mite il decorso.

La malaria da inoculazione cede molto più facilmente al chinino che non quella da anofele.

Secondo Wittgenstein (*Deut. Med. Woch.*, n. 45, 1929) sarebbero sufficienti 2-3 gr. di chinino così suddivisi: al primo giorno una o due iniezioni endovenose di bisolfato di chinino alla dose di 0.50 ctgr.; al secondo giorno una iniezione endovenosa colla stessa dose; al terzo giorno 50 ctgr. di chinino per via orale.

L'A. afferma di non aver osservato, con tale dosaggio, mai alcuna recidiva, mentre tutti i casi così trattati al terzo e talora al secondo giorno di cura, non presentavano più parassiti nel sangue.

In certi casi il chinino anche alla dose di 10-12 ctgr. può troncare in modo definitivo la infezione malarica; perciò l'A. consiglia l'uso di pillole di solfato di chinina dosate a cinque centigrammi. A. POZZI.

La cura della lambliasi intestinale.

Su questo argomento abbiamo riportato (n. 15, 1930, pag. 568) le conclusioni piuttosto scettiche di H. Scheidel, sulla cura di questa infezione. Un lavoro di G. Penso dell'Istituto di Parassitologia medica di Roma, diretto dal prof. G. Alessandrini (*Ann. di medicina navale e coloniale*, anno XXXV, n. 3-4), oltre a darci uno studio completo del parassita (al quale egli ritiene si debba dare il nome di Giardia), del suo aspetto, della sua cultura, degli effetti patologici sull'uomo, ci fornisce anche utili indicazioni per la cura.

L'essenziale si è, egli rileva, di colpire le Giardie nel loro ambiente, il duodeno, il quale è alcalino; prima indicazione, quindi, sarà di rendere inabitabile tale ambiente acidificandolo. Partendo da tale concetto, l'A. ha tentanto dapprima di somministrare ai pazienti notevoli quantità di limonee acidificate; ma i pazienti stessi non sempre tollerano tale cura.

Si è quindi rivolto ad un altro rimedio il quale unisse una certa acidità, sia pure debole, ad uno spiccato potere antiparassitario, il timolo. Per evitare poi che esso venga in massima parte assorbito dallo stomaco, lo somministra in capsule cheratinizzate; esso arriva così ad duodeno in quantità massima ed ivi svolge la sua azione acidificante ed antiparassitaria. Lo somministra a dosi di 50 cg. pro die.

I risultati sono stati oltremodo soddisfacenti; con la continuazione della cura per una ventina di giorni, anche le infestazioni più gravi scompaiono. L'effetto è più spiccato se, un'ora prima del timolo, si somministra una sostanza colagoga (estratti biliari); in tal modo, le Giardie che si trovano nelle vie biliari vengono sospinte verso il duodeno, dove trovano poi il tossico che le uccide. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica sugli alimenti.

Cereali e loro derivati; leguminose; funghi; zuccheri, ecc.

La disposizione legislativa su cui si fonda la vigilanza igienica sugli alimenti derivati dai *cereali* e dalle *leguminose* (semi, farine, pane, paste, ecc.) è contenuta nell'art. 107 del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, che, alla lettera *d*), fa divieto di vendere: «i semi e le farine e relativi composti di cereali e leguminose invasi da parassiti od in qualunque altro modo guasti, i tuberi colpiti da malattia o germogliati; gli erbaggi coltivati con concimi infetti ». Il Regolamento speciale 3 agosto 1890, negli art. 118 a 125, precisando le principali alterazioni dei prodotti sopraindicati, stabilisce il divieto di vendita per i *cereali* oliati, umidi, contenenti lolla o sostanze minerali estranee; imbrattati di semi di specie che rendono le farine nocive, o che danno prodotti di sapore od odore cattivo; invasi da crittogame; guasti da parassiti animali, o alterati per processi fermentativi, o comunque avariati. Dei semi di specie nocive e delle crittogame il regolamento elenca i principali; a tale indicazione deve darsi valore esemplificativo, non dovendosi escludere che le alterazioni possano derivare anche da semi o crittogame diversi da quelli elencati. I grani impuri o avariati che si vogliono vendere per alimentazione degli animali domestici debbono essere annunziati come tali.

Per le *farine* è vietata la vendita di quelle:

a) ottenute da cereali alterati come si è detto in precedenza;

b) mescolate con sostanze minerali, come allume, solfato di rame, solfato di zinco, talco, creta, gesso o comunque falsificate con polveri estranee;

c) alterate per fermentazione, inacidimento, ecc., o invase da parassiti animali o vegetali.

È vietata la vendita del *pane* fabbricato con le farine sopraindicate, mal lievitato o mal cotto, fermentato, ammuffito o comunque alterato. Spetta ai regolamenti locali d'igiene di stabilire la quantità massima di acqua che può

contenere il pane; tale quantità varia secondo le qualità di esso ed in genere oscilla fra il 30 ed il 35 %.

È vietata la vendita di *paste* preparate con farine guaste o alterate, tinte con colori nocivi od alterate per cattiva conservazione, ecc. È permessa la colorazione delle paste con sostanze innocue, diverse dal rosso d'uovo, a condizione che venga dichiarata al compratore. Le miscele di farine di qualità inferiore con quelle di qualità superiore devono esser poste in commercio col nome della qualità inferiore.

Non si possono vendere *frutti, legumi, erbaggi* e simili immaturi, guasti, fermentati, colorati artificialmente o comunque alterati. È proibita la vendita di patate e di altri tuberi germogliati, o che subirono la congelazione, o affetti da malattie parassitarie tali da renderli insalubri.

A queste disposizioni legislative di carattere strettamente sanitario, durante e dopo la guerra, si sono aggiunti altri provvedimenti dettati da motivi contingenti, prevalentemente economici, diretti a disciplinare l'abburattamento delle farine e l'industria molitoria; ricordiamo fra questi il R. decreto-legge 13 agosto 1926, n. 1448, col quale si prescriveva un tipo unico di farina, corrispondente ad una resa non inferiore all'85 o all'80 %, a seconda delle qualità del frumento; si stabiliva il peso massimo delle forme di pane in grammi 200 e si vietava l'uso della farina di frumento per la fabbricazione dei dolciumi. L'applicazione di questo decreto è stata sospesa con circolare del Ministero dell'Economia Nazionale in data 22 settembre 1928, per modo che attualmente vi è piena libertà nei riguardi del tasso di abburattamento e dell'impiego della farina di grano. Il R. decreto-legge 12 agosto 1927, n. 1580 ha imposto l'obbligo di una licenza prefettizia per l'esercizio della macinatura dei cereali, classificando all'uopo i mulini in varie categorie a seconda del tipo di macinazione effettuata e di farina prodotta. Il rilascio della licenza è subordinato alla dimostrazione dell'adozione di apparecchi e macchinari che assicurino una sufficiente pulitura e la buona utilizzazione dei cereali.

Di maggiore importanza igienica e sanitaria è il R. decreto-legge 29 luglio 1928, n. 1843 sulla *disciplina della panificazione*, in quanto mira a sostituire gradualmente ai sistemi di panificazione antiquati, e non sempre soddisfacenti dal punto di vista igienico, tuttora notevolmente diffusi, metodi di lavorazione meccanica perfezionati, i quali possono fornire un pane che, oltre ad essere più gradito al gusto per la bontà dell'impasto e della cottura, offre le maggiori garanzie anche dal lato della salubrità. Il decreto sottopone alla vigilanza ed al controllo dell'autorità governativa l'esercizio dell'industria della panificazione; per detto esercizio occorre la licenza del Prefetto, la quale vale esclusivamente per i locali in essa indicati. La domanda per ottenere la licenza deve contenere la descrizione dei locali e dell'impianto e l'indicazione della potenzialità di produzione giornaliera di pane, ed essere vidimata dall'autorità comunale per attestare la veridicità delle dichiarazioni. Nei Comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti è vietata l'apertura di nuovi forni che non possiedano:

a) impianto a riscaldamento indiretto;

b) impastatrice meccanica, formatrice e spezzatrice;

c) potenzialità minima di produzione di 25 quintali giornalieri di pane.

Inoltre detti forni devono soddisfare a tutte le esigenze di carattere igienico-sanitario previste dalle vigenti disposizioni ed alle altre condizioni che, per singole località o per tutta la provincia, potranno, per esigenze e consuetudini locali, essere eventualmente stabilite dal Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale dell'Economia. Per gli accertamenti di carattere sanitario il Prefetto si vale degli organi tecnici dipendenti e cioè del medico provinciale e dell'ufficiale sanitario. Queste disposizioni sono di importanza rilevante in quanto impongono che, fatta eccezione per i piccoli Comuni, non si possano aprire nuovi forni se non a lavorazione meccanica ed a riscaldamento indiretto e di potenzialità non inferiore ad un dato limite. Per i forni esistenti all'epoca dell'andata in vigore della legge (19 agosto 1928) è imposto che entro cinque anni debbano uniformarsi alle prescrizioni precedentemente indicate o cessare l'esercizio; tale obbligo però non si applica ai forni dei Comuni o dei centri abitati con popolazione inferiore ai 20.000 abitanti, per i quali la trasformazione è solo facoltativa.

Il decreto ammette la vendita del pane in aziende che vendano promiscuamente altri generi alimentari, purchè in reparti separati e con l'osservanza delle norme igieniche che saranno prescritte dalle autorità sanitarie, nei riguardi della tenuta dei locali e del trasporto del pane dai forni al negozio. La vendita ambulante del pane, o sui pubblici mercati, è vietata in tutti i Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti; negli altri è ammessa, a meno che il Prefetto non ritenga di stabilirne il divieto, quando le condizioni dell'ambiente lo rendano possibile. Spetta dunque sempre all'ufficiale sanitario suggerire al Podestà le cautele igieniche da prescriversi perchè il pane, così durante il trasporto come nei luoghi di vendita, sia preservato da possibili inquinamenti e conservato in modo da non andare incontro ad alterazioni. La cottura del pane nei forni per conto di terzi, o per privati, è vietata nei Comuni di popolazione superiore ai 20.000 abitanti, salva facoltà al Prefetto di variare tale limite per determinati Comuni, per speciali esigenze di ca-

rattere locale. Gli Enti ed istituti assistenziali, le aziende industriali, associazioni, ecc., possono ottenere l'autorizzazione a fabbricare il pane per i propri ricoverati, operai ed associati, sotto l'osservanza delle modalità stabilite dal decreto.

Particolare interesse sanitario, nell'industria della panificazione, ha l'igiene del lavoro dei fornai, specialmente per ciò che si riferisce al lavoro notturno. In base al citato decreto legge 29 luglio 1928 ed a successive circolari illustrative del Ministero dell'Economia Nazionale, mentre la vigilanza sui panifici, in rapporto alla salubrità dell'alimento prodotto, spetta all'autorità sanitaria dipendente dal Ministero dell'Interno (medico provinciale, ufficiale sanitario), quella sull'igiene degli operai è di competenza degli Ispettorati del lavoro. Comunque è opportuno ricordare che la legge 22 marzo 1908, n. 105 ha abolito, salvo particolari e limitate eccezioni, il lavoro notturno nei forni e nelle pasticcerie nelle ore comprese fra le 21 e le 4. La diffusione che, dopo la promulgazione della legge, hanno preso i grandi panifici con forni a fuoco continuo, indusse ad emanare il R. decreto-legge 15 marzo 1927, n. 386, per il quale il Ministero per l'Economia Nazionale poteva autorizzare gli esercenti di panifici di notevole potenzialità, tecnicamente organizzati per la lavorazione meccanica, con forni a regime continuo e rispondenti alle necessarie condizioni igieniche, a lavorare ed a far lavorare in ore notturne per la produzione del pane, prescrivendo le condizioni e le cautele opportune. Quando sia stata ottenuta tale concessione, i turni di lavoro debbono esser disposti in modo che le squadre di operai vengano addette al lavoro notturno alternativamente. Uguale autorizzazione può il Ministero concedere per i forni, di nuovo impianto o trasformati, che corrispondano ai requisiti di locali, macchinario, ecc. richiesti per il rilascio delle licenze di esercizio.

La licenza può essere revocata quando vengano a cessare le condizioni igieniche e sanitarie in base alle quali fu concessa.

Funghi. L'art. 120 del Regolamento generale sanitario (3 febbraio 1901) prescrive che ai regolamenti locali d'igiene sia annessa la lista dei funghi mangerecci, di cui è autorizzata la vendita. Il regolamento 3 agosto 1890 aggiunge il divieto di vendita dei funghi alterati, velenosi o sospetti di esserlo e l'obbligo di vendere i funghi solamente nelle località indicate dall'autorità comunale, ciò che ha per scopo di agevolarne la vigilanza sanitaria.

Per il *Miele* è prescritto che non debba essere alterato o naturalmente nocivo, o sofisticato con acqua, zucchero di fecola, melasse, destrina, saccarina, o con altre sostanze organiche o minerali.

Sotto il nome di *zucchero* si intende quello estratto dalla canna o dalla barbabietola, che non contenga più del 5 % di zucchero riduttore. È vietata la sofisticazione dello zucchero con glucosio, saccarina od altre sostanze organiche o minerali.

È proibita la vendita di *confetti* e *preparati di zucchero* colorati con sostanze nocive; dolcificati con saccarina o con sostanze diverse dallo zucchero; contenenti materie minerali, sostanze vegetali alterate o altre impurità; alterati o contenenti composti tossici; o che imitino la forma di oggetti di uso comune, coi quali possano essere scambiati per inavvertenza così da derivarne pericolo o nocumento.

A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI

Piretoterapia. — Al dott. C. G., Cascinagrossa:

I tentativi di cura delle malattie mentali mediante la febbre provocata sono stati molti. Sono stati provati vari mezzi, fino a giungere alle infezioni. Tra queste quella che ha dato risultati davvero importanti è la malaria.

La malattia che sente più l'azione benefica di questa terapia è la paralisi progressiva, seguono la tabe e le altre affezioni sifilitiche del sistema nervoso centrale.

La malariaterapia ormai può essere tentata in ogni caso di paralisi progressiva, anche nelle forme avanzate e in soggetti vecchi e deperiti, con le opportune cautele. Le percentuali di guarigioni o di miglioramenti variano a secondo del periodo della malattia nel quale si fa la cura. Nelle forme iniziali si hanno i maggiori successi.

Per più ampie notizie e per quel che riguarda la tecnica della cura consultare la *Rivista di Malariologia* 1927, n. 1. Vi si trovano riassunti tutti i lavori pubblicati sull'argomento fino a quell'epoca.

Dragotti.

All'abb. n. 2309:

Consulti: *Manuale per gli ufficiali sanitari*. Battistelli, ed., Firenze; A. Filippini: *Prontuario dell'igienista*. L. Pozzi, ed., Roma; *Raccolta di leggi sanitarie* (fino al 1928), Lib. Pirola, Milano; *Codice sanitario* (fino al 1923), Pietrocola, Napoli.

Nel *Diritto Pubblico Sanitario* (L. Pozzi, Roma) si vengono pubblicando man mano tutte le leggi che riguardano la materia.

Non esistono periodici per l'ufficiale sanitario; gli *Annali di Igiene* (Roma, via delle Finanze 14), per la loro ampiezza e ricchezza di notizie riguardanti l'igiene, sono consigliabili.

R. P.

Al dott. G. Rassetto da G. R.:

1) F. Touplain. *Analyse générale des eaux*. Libr. Polytechnique Beranger, Paris.

2) *Giornale di scienza idrominerale e climatologica*. Roma, via Marsala, 32.

3) Società italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica. Via S. Barnaba, 8, Milano.

fil.

All'abb. n. 4339:

I più importanti periodici di neurologia scritti in lingua inglese sono:

Brain, Londra; *Archives of Neurology and Psychiatry*, Londra; *The Journal of nervous and mental disease*, New York.

Può richiederli pel tramite di qualunque libreria. DR.

VARIA.

L'importanza del sudore nell'uomo.

Il prof. Kuno di Mukden ha fatto interessanti studi intesi a stabilire la funzione del sudore. Egli è venuto alla conclusione che questa secrezione, oltre a quello di regolare la temperatura del corpo, ha altri scopi.

Ha precisato il comportamento dell'eliminazione del sudore in seguito a stimoli vari in aree circoscritte della pelle e su tutta la superficie cutanea.

Gli esperimenti hanno dimostrato che la sudorazione aumenta su tutta la superficie del corpo e non localmente, anche quando gli stimoli termici agiscono su piccole porzioni della pelle. Solo le palme delle mani e le piante dei piedi si comportano differentemente. Queste parti sono le più ricche di glandule sudorifere, ed anche nello stato di perspirazione insensibile la quantità di sudore eliminata da queste è sensibilmente maggiore di quella eliminata altrove. Però la sudorazione delle palme delle mani e delle piante dei piedi non aumenta affatto sotto l'azione delle alte temperature ambientali, anche quando il resto della superficie cutanea suda abbondantemente. Viceversa la sudorazione delle parti stesse aumenta notevolmente sotto l'azione di intense eccitazioni sensoriali, ed anche di stimoli termici solo quando questi raggiungono la soglia del dolore.

Gli stimoli più adeguati per l'aumento di sudorazione alle palme delle mani e alle piante dei piedi sono gli sforzi mentali. I calcoli aritmetici eccitano l'eliminazione del sudore in queste parti e non su altre aree della superficie cutanea, neppure sulla fronte che è la più facile a sudare.

Quindi le glandule sudorifere delle palme delle mani e delle piante dei piedi hanno la caratteristica di funzionare permanentemente e di reagire alle eccitazioni psichiche e sensoriali e non agli aumenti della temperatura atmosferica. Le glandule sudorifere delle altre parti della superficie cutanea non hanno affatto o hanno solo una lieve secrezione permanente o perspirazione insensibile, non reagiscono agli stimoli mentali moderati, ma eliminano abbondantemente in seguito all'aumento della temperatura ambientale.

Si può quindi parlare di una sudorazione psichica, che sarebbe quella limitata alle palme delle mani ed alle piante dei piedi, ed una sudorazione termica, che sarebbe quella del rimanente della superficie cutanea. Ambedue hanno il carattere comune di reagire diffusamente su tutta l'area dei rispettivi distretti (per la prima ambo le palme ed ambo le piante), qualunque sia la localizzazione e l'estensione dello stimolo.

Le aree che reagiscono più abbondantemente agli stimoli termici sono la testa, la nuca, la superficie anteriore e posteriore del tronco, il dorso delle mani, sudano molto meno le regioni laterali del tronco e gli arti nella loro quasi totalità.

La distribuzione regionale del sudore varia a seconda le necessità di eliminazione del calore da parte delle differenti regioni del corpo. Sudano meno le ascelle, le regioni perineali, inguinali, delle coscie: esse sono più bagnate non perchè il sudore sia più abbondante, ma perchè non può evaporarsi facilmente. Il fatto che la testa, il collo ed il tronco sudano più che le estremità è in rapporto alla maggiore necessità di regolarizzazione del calore su parti la cui superficie evaporante è piccola in proporzione alla massa e che contengono organi vitali che richiedono costanza di temperatura. Il sudore è meno abbondante sulle parti ben fornite di grasso come le regioni mammarie e glutee; ciò evidentemente in rapporto al fatto che il grasso protegge dagli sbalzi di temperatura.

Il sudore psichico delle palme delle mani e delle piante dei piedi ha un'interpetrazione fisiologica meno immediata. Come si è detto, esso si ha in seguito a sforzi mentali, e può essere considerato come una reazione che attualmente avviene in seguito a lavoro psichico, come spostamento di una reazione necessario per il lavoro fisico. In effetti è noto che certi lavori manuali hanno bisogno dell'umettamento delle mani non solo per migliorare la presa ma anche per rendere meno sensibile la cute. Alcuni lavoratori sogliono ancora bagnarsi le mani con la saliva prima d'intraprendere un lavoro che implichi sforzi muscolari degli arti superiori.

Questa interpetrazione troverebbe conferma nel modo di distribuzione del sudore in alcuni mammiferi. Le piante delle estremità sudano liberamente nel gatto e nelle scimmie, meno nel cane e nel coniglio. Il cavallo suda abbondantemente per tutto il corpo e meno alle regioni plantari; il gatto suda alle piante delle estremità e per nulla nelle altre parti del corpo.

Ora se si considera che le piante delle estremità del cavallo non toccano affatto il suolo e sono organi di sostegno, mentre nel gatto le zampe poggiano per tutta la superficie sul suolo e sono organi di aggressione, si comprende come in quest'ultimo animale il sudore delle zampe costituisce un mezzo di protezione.

Il sudore psichico delle mani e dei piedi nell'uomo sarebbe quindi il residuo di una reazione ancestrale, che con l'evoluzione ha perduto, per lo meno in gran parte, il suo significato protettivo. *argo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Nuova morale professionale.

Il numero 13 de *La Federazione medica* pubblica un articolo dal titolo: « *Non generalizziamo...* », che merita di essere segnalato.

I principii enunciati in questo articolo rispondono purtroppo a fatti vecchi quantunque non di pratica generale, ma l'importante si è che questi principii sono accettati come giusti e onesti, e se ne raccomanda l'applicazione pratica come di cosa conveniente e lecita.

Alla prima lettura si ha l'impressione che il collega palermitano, che ne è l'autore, *temprando* la penna dei medici voglia *svelare* alcune miserie e piaghe della nostra professione.

Ma una più attenta lettura dimostra che l'autore è pienamente convinto di quel che scrive.

Si tratta di una specie di decalogo che precisa le azioni del medico che non possono ritenersi immorali.

Veramente decalogo non è, perchè le norme sono dettate in sette punti, i quali per altro non hanno nulla di comune, per la forma e per il contenuto, con le leggi di Mosè.

L'eptalogo è redatto in forma interrogativa con risposte che precisano il pensiero dell'autore.

Per brevità e chiarezza lo compendiamo nei seguenti versetti:

1. Non è immorale l'azione del Maestro che, dopo aver dettata una ricetta, riceve una percentuale dal commercio del farmaco preparato con la ricetta stessa.
2. Non è riprovevole che i medici siano azionisti di società produttrici di preparati farmaceutici.
3. Non è immorale l'opera del medico che riceve una cointeressenza per la propaganda di specialità medicinali.
4. Non è biasimevole il medico che, *dietro invito retribuito*, studii coscienziosamente il meccanismo d'azione d'un farmaco e pubblichi i risultati di tali studii.
5. Non è immorale che riviste mediche ricevano aiuti finanziari per la pubblicità, mascherata nel testo, di prodotti farmaceutici.
6. Non sono da rifiutare gli oggetti che ai sanitari giungono in dono dalle case farmaceutiche.
7. Nè è da biasimare il medico se invece di questi oggetti spesso inutili, accetti danaro dalle Case farmaceutiche in segno di gratitudine per la preferenza data ai loro prodotti.

Il collega adunque ha precisato un nuovo codice morale per l'esercizio professionale, limitandosi però ora ai rapporti tra medici e case produttrici di specialità professionali. Attendiamo il resto.

E' una nuova concezione, una vera rivoluzione, per la quale si capovolgono valori etici, per modo che ciò che una volta era considerato illecito, diventa lecito e raccomandabile.

E così non è più riprovevole ma encomiabile quel medico che prescrive specialità prodotte da una ditta di cui egli è azionista. Oltre il compenso per la visita, ne riceve uno indiretto sotto forma di dividendo. Non c'è nulla di male. Questa possibilità di guadagno supplementare non può influire affatto nella scelta del medicamento.

La coscienza del medico, che è un superuomo, sa resistere a queste lusinghe pecuniarie, e non prescriverà mai un farmaco non indicato o inutile. Tutto sta a non recare ai malato un danno effettivo o immediato. E poi ci sono specialità che se non fanno bene, non fanno neppure male. Si riduce tutto ad un alleggerimento del portafoglio del paziente e ad un aumento del dividendo. Ecco tutto.

Nè è a dire come il medico *coscienziosamente* studii l'azione di una specialità e *veridicamente* ne pubblichi i risultati, quando gli studii e la pubblicazione siano fatti per conto e commissione di una ditta, *dietro invito retribuito*, come si esprime il collega parlermitano.

Purtroppo questa specie di letteratura prezzolata è molto abbondante. Ma la estensione della pratica non le conferisce il carattere di lecito.

Questi studii a conclusioni obbligate inquinano la cultura dei medici e sono tanto più perniciosi, quanto più in alto ne è l'autore.

E procediamo perchè viene il meglio.

Il collega innovatore della morale medica trova che gli oggetti che le case farmaceutiche mandano in dono sono inutili, per quanto costosi. Non potrebbero essere sostituiti con vantaggio reciproco da moneta sonante? Questo *segno di gratitudine* dovrebbe naturalmente essere proporzionato al numero delle prescrizioni del prodotto fabbricato dalla Casa donatrice e che dai medici è prescelto solo *per affetto e senza alcuna pressione*.

Avviso a chi tocca!

E ci sembra che basti. Ogni commento guasterebbe.

Pangloss.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Il senatore Garbasso ha presentato a S. E. il Capo del Governo il seguente rapporto, di cui abbiamo già dato notizia:

Roma, 7 giugno 1930 - VIII.

« Eccellenza - In conformità ad un ordine di V. E. ho l'onore di riferire pochi dati ad illustrazione dell'opera spiegata dalla « Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali » per l'applicazione

della legge 20 maggio 1928-VI (n. 1132) sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

L'obbligo dell'assicurazione contro la tubercolosi si estende (art. 1) alle persone assicurate contro l'invalidità e la vecchiaia e alla gente di mare contribuente alla Cassa invalidi della Marina mercantile. L'assistenza si esercita a favore degli assicurati e delle persone di loro famiglia (art. 2). Si applica mediante ricovero in speciali luoghi di cura o in istituzioni ospitaliere legalmente riconosciute o anche, in caso di necessità, con la cura a domicilio o ambulatoria (articoli 2 e 7). La legge 20 maggio 1928-VI (numero 1132) entrò in vigore per l'esazione dei contributi il 1° luglio 1928, per le prestazioni il 1° gennaio 1929.

Oltre 29 mila assistenze.

Il numero totale delle assistenze durante i primi 16 mesi dall'applicazione della legge risulta di 29.108; di queste 13.771 cessarono e 15.336 restarono in atto al 30 aprile 1930. È interessante notare come indice dello sviluppo dell'assistenza esercitata dalla Cassa Nazionale che dalle 455.000 giornate di presenza del gennaio 1929, si è passati alle 457.544 giornate dell'aprile 1930. In 16 mesi l'azione assistenziale si è moltiplicata per il coefficiente 1006. Il numero complessivo delle giornate corrispondenti al solito periodo (gennaio '29-aprile '30) risulta di 3.496.241. La legge 20 maggio 1928-VI (n. 1132) *A*) art. 5, dispone che gli assicurati, i quali abbiano a carico persone di famiglia, hanno diritto ad una indennità giornaliera di 4 o 6 lire, a seconda che il loro salario è inferiore o superiore alle 8 lire. Le somme erogate a questo titolo ammontano complessivamente, per l'intervallo di tempo preso in esame, a 4.095.335,70.

Come ho detto già il numero delle assistenze in atto al 30 aprile 1930 era di 15.336; a questa cifra si contrappongono le disponibilità di letti in vari istituti come appresso: in sanatori letti 3094; in ospedali sanatoriali letti 1280; in ospedali civili letti 2793; in istituti marini letti 1789. Totale letti 8956. Se anche tutti i letti disponibili fossero stati occupati dalla data di cui sopra per 6380 assistiti, l'assistenza si sarebbe ridotta alla cura a domicilio. La condizione reale è, per necessità di cose, ancora più sfavorevole.

Sanatori e Ospedali.

Basta questa considerazione per stabilire la necessità che vengano accelerate le costruzioni di sanatori o ospedali da parte della cassa. A questo si sta provvedendo da un apposito ufficio diretto dall'ing. Guidi (appartenente al ruolo tecnico di finanza) sotto la sorveglianza di una commissione composta dell'on. prof. Morelli (alto consulente sanitario della cassa) e degli ingg. Giovanozzi e Marcovici.

Si sono anzitutto utilizzate come sanatori le due colonie che la Cassa aveva a Roma (Porta Furba), letti 200, e a Camerlata presso Como, letti 250, e si sono costruiti dei padiglioni in eternit di un tipo studiato dall'on. Morelli; uno in pianura a Porta Furba, letti 70, e uno in montagna a Sondalo, letti 150; questi padiglioni hanno dato ottima prova ed altri se ne costruiranno in località dove l'urgenza è maggiore.

Frattanto si è iniziata l'erezione di ospedali sanatori stabili nelle località e nella misura di cui appresso. Costruzioni sanatoriali in corso o già appaltati: Milano letti 900; Caltanissetta letti 136; Siracusa letti 136; Galliera Veneta letti 460; Imola letti 222; Imperia istituto elioterapico letti 146; Padova letti 214; Sondrio letti 150; Bioglio letti 500; Busto Arsizio (in eternit) letti 170; Porta Furba, padiglione di prova letti 54. Totale letti 3088.

Ospedali sanatori allo stato di progetto definitivo: Pisa letti 120; Imperia letti 164; Genova letti 342; Napoli letti 1200; Palermo letti 220; Ragusa letti 112; Ascoli Piceno letti 148; Cuneo letti 160; Trapani letti 150; Trento letti 220. Totale letti 2836.

Ospedali sanatori allo stato di progetto in corso avanzato: Roma letti 1250; Gorizia letti 150; Taranto letti 150; Ancona letti 160; Bolzano letti 200; Venezia letti 350. Totale letti 2260.

Ospedali sanatori per i quali già si è studiato il terreno: Bari letti 150; Catanzaro letti 110; Catania letti 150; Cosenza letti 120; Foggia letti 150; Messina letti 150; Reggio C. letti 120; Sassari letti 200; Udine letti 150; Cremona letti 200; Brescia letti 200; Faenza letti 150; Perugia letti 150; Cagliari letti 200; Forlì letti 130; Firenze letti 250-300; Ravenna letti 150-180; Rovigo letti 120; Trieste letti 250-300; Viterbo letti 130; Terni letti 120. Totale letti 3.450. In complesso letti 11.634.

Il padiglione di prova.

Il padiglione di prova ormai compiuto a Porta Furba è destinato allo studio comparativo dei vari sistemi di pavimentazione e riscaldamento, degli affissi, ecc. Gli insegnamenti che se ne potranno ricavare saranno utilizzati per gli ospedali sanatori in corso di costruzione, fatta eccezione per quelli di Vialba (Milano), di Galliera Veneta e di Bioglio (Vercelli), dei quali si prevede l'inaugurazione entro l'anno corrente.

L'ospedale sanatorio di Roma ospiterà l'istituto Benito Mussolini e la Clinica tisiologica della R. Università. I lavori saranno appaltati non appena l'area per la quale si è stati costretti a ricorrere ad espropriazioni sia a disposizione della cassa. Nella località scelta per la costruzione di villaggi sanatoriali di 2000 letti e cioè: Sondalo (Valtellina), Selva di Tornova (Conca di Palerna), Abruzzo e Sila Piccola, funzionano da sei mesi degli osservatori meteorologici per il rilevamento dei principali dati: temperatura, precipitazioni, umidità, vento, insolazione. Il tipo climatico sembra corrispondere ovunque alle

esigenze sanatoriali, almeno per quanto è possibile giudicare alla data di oggi.

Col più profondo ossequio, il presidente della Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali: *Garbasso* ».

L'iscrizione alla Cassa Malattie estesa a tutte le categorie di lavoratori del commercio.

La Federazione provinciale fascista dei commercianti comunica:

Tra la Confederazione nazionale fascista del commercio e la Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti del commercio è stato stipulato un contratto nazionale in virtù del quale l'obbligo dell'iscrizione del personale alla Cassa malattie per gli addetti al commercio viene esteso a tutte le categorie, per le quali non è stato ancora stipulato un contratto collettivo nazionale di lavoro.

Pertanto, tutti i dipendenti dei datori di lavoro rappresentati dalla Confederazione nazionale fascista del commercio ai sensi della legge 3 aprile 1926, n. 653, devono essere iscritti alla Cassa.

Per effetto del predetto accordo, la data di decorrenza dei contributi resta fissata al 1° giugno 1930-VIII e la ripartizione dei contributi tra datori di lavoro e prestatori d'opera è stabilita nelle seguenti misure:

a) Categorie personale impiegatizio:

A carico del datore di lavoro 2 per cento; a carico del prestatore d'opera 1 per cento.

b) Categorie personale operaio:

A carico del datore di lavoro 1,8 per cento; a carico del prestatore d'opera 1,20 per cento.

Tutti i commercianti dovranno, entro il termine più breve, provvedere alla iscrizione del personale dipendente alla Cassa malattie, con le modalità già rese note a suo tempo.

Questa Federazione è certa che i datori di lavoro del commercio — con quello spirito di comprensione sindacale e di sincera adesione ai principî dello Stato corporativo che onorano le categorie commerciali — adempiranno sollecitamente e disciplinatamente agli obblighi che ad essi derivano dall'istituzione della Cassa malattie per gli addetti al commercio, e ciò anche nel loro ben inteso interesse.

Devesi, per altro, richiamare l'attenzione dei datori di lavoro sulle gravi responsabilità di ordine civile e penale nelle quali essi potrebbero incorrere qualora per negligenza non ottemperassero agli obblighi consacrati dalla legge, dallo statuto della Cassa e dalle norme contrattuali.

Pertanto, i datori di lavoro del commercio dovranno tener presente che la Cassa non corrisponderà alcuna indennità o sussidio al prestatore d'opera ammalato, se il rispettivo datore di lavoro non abbia ottemperato agli obblighi predetti.

In tale caso l'onere del pagamento delle indennità e dei sussidî previsti dal contratto nazionale (retribuzione intera per 180 giorni oltre il rimborso spese per medicine, assistenza medica, ecc.) resterà ad esclusivo carico del datore di lavoro, fermo restando l'obbligo da parte del datore di lavoro di corrispondere alla Cassa nazionale malattie per gli addetti al commercio il pagamento dei contributi arretrati nella misura globale del tre per cento (e senza diritto di rivalsa sul prestatore d'opera per la quota a questi spettante), sulle retribuzioni denunciate ai sensi del primo e secondo capoverso dell'articolo 6 dello Statuto della Cassa e dalla data del contratto nazionale, per cui si procederà per ingiunzione e ferme restando tutte le azioni e penalità previste dalle leggi e dallo statuto della Cassa.

Per ulteriori chiarimenti i signori commercianti possono rivolgersi all'apposito ufficio che è stato istituito presso la Federazione e che è aperto al pubblico tutti i giorni feriali dalle 17 alle 19.

L'attività delle Casse Malattie per i lavoratori agricoli.

Si è riunito il Consiglio direttivo della Federazione nazionale delle Casse mutue malattie per i lavoratori agricoli. In assenza del presidente on. Luigi Razza, attualmente a Ginevra, presiedeva il vice presidente Ascione, il segretario generale avv. Roberto Roberti, i consiglieri: avv. Giuseppe Montemurri, prof. Vittorio Zevi, cav. Aurelio Gellini, cav. Giuseppe Gerevini.

Il segretario generale avv. Roberti ha riferito sull'attività svolta dalla Federazione dopo l'ultima riunione, comunicando che è allo studio la organizzazione in via di esperimento di Casse mutue malattie in varie zone e per varie categorie di lavoratori secondo i criteri fissati dalla Federazione. Quattro nuove Casse mutue malattia e cioè quelle di Sassari, Caltanissetta, Siena e Rosignano Marittimo, hanno aderito alla Federazione.

Il Consiglio inoltre ha esaminato la relazione dei consiglieri Zevi e Gerevini circa la possibilità di realizzare nelle provincie di Milano e Piacenza tale forma di assistenza.

Per la Cassa mutua di Rovigo è stato nominato un relatore che dovrà riferire alla prossima adunanza.

Il Consiglio ha quindi preso atto con vivo compiacimento del proposito manifestato dall'Istituto Vittorio Emanuele III di Cremona di adeguare la propria organizzazione ai criteri fissati dalla Federazione ed ha dato incarico al consigliere Gerevini di rendersi interprete di tali sentimenti presso il Consiglio di amministrazione dell'importante Istituto.

Rettifiche alla Farmacopea Ufficiale.

Con Decreto del Ministero dell'Interno in data 22 aprile 1930 sono state apportate alcune modifiche al testo della Farmacopea Ufficiale del Regno (5ª edizione).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Arezzo. — Fino al 5 settembre è aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Arezzo, alle condizioni stabilite dal R. Decreto 29 nov. 1925, N. 2266/2535. Stipendio L. 15.000 con quattro aumenti quadrienn. del decimo, oltre l'indennità caro viveri. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Arezzo.

Artena (*Roma*). — L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10. Scad. 17 lug.

Campotosto (*Aquila*). — Scad. 5 lug.; L. 10.500 oltre L. 372 c.-v., L. 2700 cavalc., L. 500 uff. san.; addizion. L. 5 da 501 a 1000 pov., L. 3 oltre; età lim. 40 a.

Carrodano (*La Spezia*). — Scad. 15 lug.

Castana (*Pavia*). — Scad. 31 lug.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambul., L. 300 uff. san., ecc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Catania. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario di Acireale; L. 10.000 oltre L. 2000 quale capo ufficio d'igiene. Detto di Giarre; L. 8000. Ufficiali sanitari di Aci Catena, Zafferano e Gravina di Catania; L. 5700 ciascuno. Per i 5 posti quattro quinquenni dec. Scad. 31 lug.

Civitavecchia. *Comune.* — 4ª condotta pel capoluogo e medico scolastico; per ciascuno dei due posti L. 8500, oltre L. 1100 serv. att., c.-v. e 5 quadrienni dec.; buona condotta polit.; diploma corso di pediatria, abilitaz. a uff. san.; età lim. 35 a. Scad. 13 sett. Rivolgersi alal Segreteria. Chied. annunzio.

Curtarolo (*Padova*). — Scad. 12 lug.; L. 9000 aumentab. e indennità; età lim. 40 a.

Foiano di Chiana (*Arezzo*). — 3ª condotta; lire 9000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cav., c.-v.; chied. annunzio; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; età lim. 40 a. Scad. 20 lug., ore 18.

Gorgoglione (*Matera*). — Prorogato al 20 luglio.

Mandello del Lario (*Como*) con Abbadia Lariana; L. 8700 e 4 quinquenni dec., oltre lire 1200 indenn.; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Scadenza 15 luglio.

Napoli. *Ospedale degli Incurabili.* — Scad. 21 lug.; 4 assistenti nel Gabinetto di elettro-radiologia; rivolgersi all'Amm.ne.

Napoli. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 31 lug.; due direttori di Sala per reparti celtici e dermosifilopatici e Dispensario dell'Ospedale della Pace; quattro coadiutori id.; un coadiutore ordinario e uno aggiunto nel Gabinetto di elettro-radiologia dell'Ospedale degli Incurabili; un coadiutore ordinario nel Reparto e Ambulatorio dell'Ospedale degl'Incurabili.

Nocera Inferiore (*Salerno*). — *Ospedale Psichiatrico Vittorio Emanuele II.* — Concorsi per Direttore e tre medici ordinari. È prorogato al 23 agosto il termine per la presentazione delle istanze e documenti.

Poirino (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; L. 8000 aumentabili a 12.000 in 20 anni; trasp. L. 500-1800-3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Roma. *R. Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. a 7 aiuti chirurg.; titoli ed esami; scad. ore 16 del 12 ag.; rivolgersi alla Segreteria. Stip. L. 7300 oltre c.-v.

Senosecchia (*Trieste*). — Scad. 31 ag.; con Crenovizza; L. 11.000 oltre c.-v., L. 3000 trasp., L. 1000 uff. san., 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

Tronzano Vercellese (*Vercelli*). — Seconda condotta medica detta dei *Cascinali Superiori.* Stipendio L. 7000 lorde, doppia indennità caroviveri e L. 2000 per indennità di trasporto. Documenti obbligatori da presentarsi entro le ore 17 del 15 luglio. A richiesta si trasmette copia dell'avviso di concorso.

Vicenza. *Ospedale Civile.* — Conc. a uno dei due posti di chirurgo primario; L. 6000 non aumentab.; titoli ed eventualm. esami tecnici e pratici; nom. biennale; conferme per un quinquennio e poi di settennio in settennio fino a 65 a.; età lim. 45 a. al 14 ag.; rivolgersi alla Segreteria. Tassa L. 50,10. Doc. a 3 mesi dal 10 giu. Scad. ore 18 del 14 ag. Chiedere annunzio.

Vitorchiano (*Viterbo*). — Scad. 31 lug.; lire 10.500 oltre c.-v., per cavalc. L. 1000, per uff. san. L. 400, 5 quadrienni dec.

NOTIZIE DIVERSE.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 12 giugno alle ore 18 nella sua sede presso l'ospedale della Consolazione vi fu la riunione del Direttorio dell'Accademia Lancisiana e subito dopo l'assemblea ordinaria.

Aperta la seduta il presidente on. professor Ermanno Fioretti comunicò all'assemblea che la Commissione esaminatrice del concorso bandito per l'anno 1929 sul tema « I tumori delle ossa », per l'assegnazione del premio di lire duemila della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma aveva giudicato di assegnare ad ognuno dei due lavori presentati dal prof. Ghiron Vittorio e dott. Valdoni Pietro, assistenti della Clinica Chirurgica della Regia Università, un premio di lire mille. In base all'art. 9 del relativo regolamento i due lavori premiati saranno pubblicati nel *Bollettino* dell'Accademia

Il presidente comunicò, inoltre, che sabato 21 giugno, alle ore 19, nella sala del Dopolavoro Ospedaliero avrebbe avuto luogo la relazione medica annuale affidata al socio prof. dott. Giovanni Antonelli, sul tema « Insufficienza epatica ». Alla seduta vennero invitati tutti i professori universitari, i primari d'ospedale, i medici chirurgi esercenti in Roma e gli studenti dell'ultimo triennio della facoltà di medicina e chirurgia.

Quindi il presidente diede la parola al prof. Arcangeli che trattò della « Cura delle cardiopatie sifilitiche » e poi al prof. Marchesini che parlò su « Adrenalina e gas asfissiante in rapporto alle piastrine del sangue ».

Presero parte alla discussione i professori Antonelli, Galli e Bonfiglio.

2ª Riunione della stampa medica latina.

È indetta a Bruxelles dal 28 al 30 settembre, sotto la presidenza del prof. Maurice Loeper, presidente della Federazione della stampa medica

latina; il Comitato locale è presieduto dal dott. Albert Delcourt, presidente dell'Associazione della stampa medica belga. Tra i temi da trattare saranno: « Costituzione di una cassa autonoma della federazione » (Baillière di Parigi e Kohly di Avana); « Collaborazione degli Stati e delle Società di trasporto all'organizzazione dei congressi medici (Beckers di Bruxelles); « Diritti degli editori di periodici » (Cosaresco di Bucarest e Garlette di Parigi); « Edizione d'un dizionario di termini medici » (Rondopoulos di Atene); « Cómpito della stampa medica nella diffusione delle grandi idee scientifiche e professionali » (De Blasio di Napoli e Marin di Santiago del Cile). Il programma verrà ulteriormente completato. Si organizzano varie feste ed un'escursione ad Anversa. Saranno accordate riduzioni di viaggio. Quota: 75 franchi belgi (55 franchi francesi), da inviare al tesoriere del comitato organizzatore dott. J. Rosenthal, ovvero al tesoriere della Federazione dott. Georges Baillière. Le adesioni si ricevono dal segretario generale del convegno, dott. René Beckers, oppure dal segretario generale della Federazione, dott. L.-M. Pierra. Il Comitato organizzatore ha sede in rue Archimède 36, Bruxelles; la Federazione ha sede al « Bureau de la Presse médicale latine », rue de Richelieu 101, Paris (IIe).

10° Congresso della Società tedesca di farmacologia.

Si terrà a Königsberg dal 4 al 7 settembre. Temi: « Il problema della reazione generale organica dal punto di vista farmacologico » (relatori: Starkenstein di Praga, H. Freund di Münster e Storm van Leeuwen di Leida). « Il problema del reticolo-endotelio e sue funzioni » (rel. Schulemann di Elberfeld).

Scuola Superiore di Malariologia.

Presso la Scuola Superiore di Malariologia sono terminati in questi giorni i corsi della Sezione Tecnico-economica per Ingegneri e Laureandi in Ingegneria, Dottori e Laureandi in Agraria.

Il 1° luglio p. v. avranno inizio i corsi della Sezione Medica per Laureati e Laureandi di Medicina; dureranno fino al 30 settembre.

L'insegnamento impartito dai nostri più insigni studiosi di malaria comprenderà lezioni teorico-pratiche, esercitazioni cliniche e di laboratorio, gite di istruzione in zone palustri e in località di grande e piccola bonifica.

Per i programmi e per le norme di iscrizione rivolgersi alla Segreteria della Scuola — R. Clinica Medica — Policlinico Umberto I, Roma.

Corso di perfezionamento sul cancro a Parigi.

Si svolgerà dal 30 giugno al 15 luglio nell'« Istituto del Cancro », presso la Facoltà Medica, sotto la direzione del prof. G. Roussy, con la collaborazione di studiosi e clinici di valore. Alla fine del corso viene rilasciato un diploma dalla Facoltà. Tassa d'iscrizione 350 franchi. Rivolgersi a: M.lle Huré, secrétaire de l'A. D. M. M., rue de l'École-de-Médecine 12, Salle Beclard, Paris (VIe).

Il nuovo ospedale di Torino.

Il Re ha visitato a Torino l'Ospedale delle Molinette, dove era atteso dal Prefetto Maggioni, dai professori Donati e Villa e dagli ingegneri che dirigono la costruzione del grande istituto sanitario. Il Re ha minutamente visitato le opere compiute ed ha esaminato i piani degli ulteriori lavori, compiacendosi per la modernità e la bellezza dei razionali ambienti che daranno a Torino uno tra i migliori ospedali del mondo.

Un Ospedale psichiatrico a Siracusa.

Con sobria cerimonia si sono inaugurati i lavori di costruzione dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Siracusa, opera di grande importanza, che pone la provincia di Siracusa ai primi posti nell'organizzazione ospedaliera. I lavori importano una spesa di circa quattro milioni.

L'Istituto Ortopedico Ravaschieri alla Fiera di Tripoli.

La benemerita Opera Pia, allo scopo di diffondere in Africa i moderni progressi scientifici a pro di tanti infelici deformi e mutilati, prese parte alla Fiera di Tripoli (febbraio-aprile 1930), esponendo una importante illustrazione fotografica dell'Istituto Ortopedico e dell'Ospizio Marino Permanente in Bagnoli.

Espose inoltre un importante campionario di apparecchi ortopedici ed arti artificiali costruiti nell'Istituto stesso.

Siamo ora lieti di annunziare che alla benefica istituzione scientifica di Napoli è stato per tale esposizione assegnato il Diploma di Alta Benemerenza e la speciale medaglia del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Per l'assetto edilizio dell'Università di Pisa.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di disegno di legge concernente l'assetto edilizio della R. Università di Pisa.

Con tale disegno di legge viene approvata la convenzione tra lo Stato e gli enti locali della provincia di Pisa per il compimento dell'assetto edilizio della R. Università, dei RR. Ospedali riuniti di S. Chiara, della R. Scuola normale superiore, dei RR. Istituti superiori di agraria e di medicina veterinaria e per la costruzione della nuova sede della R. Scuola di ingegneria. L'intero programma edilizio importa una spesa di ben 24 milioni e lo Stato vi contribuisce con 21 milioni da ratizzarsi in sette annualità con decorrenza dal 1932-33. Il Governo fascista viene in tal modo a dare una definitiva sistemazione ai gloriosi Istituti scientifici della città di Pisa

Ha anche approvato uno schema di provvedimento concernente il coordinamento delle norme relative agli Istituti scientifici della città di Pisa.

Clinica von Noorden a Francoforte.

La « Società d'Assistenza » di Francoforte sul Meno ha deciso di destinare ad uso degli indigenti una « Clinica privata » dei consiglieri Lampé e C. von Noorden, da essa acquistata tre anni or sono. Il nuovo istituto recherà il nome del von Noorden. Sarà retto da uno speciale Consiglio amministrativo.

Ambulatori per cardiopatici a Filadelfia.

La « Pennsylvania Heart Association » ha deciso di attuare un programma per conformarsi ai desiderata della « American Heart Association ».

Verrà aumentato il numero degli ambulatori per cardiopatici; se ne migliorerà l'attrezzatura; si perfezioneranno i metodi di registrazione.

A presidente è stato eletto, dal 16 aprile, il dott. James E. Talley, professore di cardiologia alla Scuola Medica di Perfezionamento dell'Università di Pennsylvania; succede al dott. Henry K. Möhler.

Una stazione per la diagnosi di gravidanza a Edimburgo.

Il direttore della Clinica ostetrica di Edimburgo, prof. J. W. Johnston, col concorso dell'Istituto di ricerche sull'allevamento animale, ha fondato una stazione per la diagnosi di gravidanza col metodo Zondek-Aschheim. L'affluenza di donne in detta stazione dimostra come questa risponda a un bisogno. Probabilmente l'esempio verrà imitato.

La Fondazione Milbank.

Il 3 aprile la Fondazione Milbank ha solennizzato, a New York, il 25° anniversario di vita. Durante questo periodo ha elargito 6.716.000 dollari, pari a 120 milioni di lire it., per opere di igiene, assistenza sociale e insegnamento. Venne costituita dalla signora Elizabeth Milbank Anderson.

Il successo della giornata della Croce Rossa.

La giornata della Croce Rossa si è svolta in tutta Italia fra il generale consenso della popolazione che ha tenuto a rispondere con entusiasmo al patriottico appello della umanitaria istituzione dando il suo obolo alle dame della Croce Rossa, coadiuvate nella benefica raccolta da Avanguardisti, Balilla, Piccole e Giovani Italiane.

A Roma nelle principali piazze erano state erette tende da campo in cui le infermiere volontarie in divisa offrivano distintivi, ventagli ed altri oggetti di propaganda, e cittadini di tutte le classi sociali hanno acquistato largamente, contribuendo con il loro patriottico interessamento all'incremento della benefica Associazione per le sue opere di bene. Anche in altre città il successo è stato pieno.

Pro Maternità e Infanzia a Messina.

Il Capo del Governo ha ricevuto il comm. Giuseppe Bosurgi di Messina, il quale gli ha riferito sul continuo sviluppo dell'Istituto « Mussolini » di quella città, che anche quest'anno accoglierà per le cure marine oltre seicento bambini italiani dell'interno e dall'estero.

Il comm. Bosurgi ha accennato alle importanti provvidenze assistenziali che l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia sta attuando in Messina.

Cospicue elargizioni della Cassa di Risparmio della provincia Lombarda.

Si è riunita, sotto la presidenza di S. E. De Capitani, la Commissione centrale di beneficenza della Cassa di Risparmio delle provincie lombarde. Dopo aver preso atto delle comunicazioni che il Direttore, dott. Valdiserra, ha fatto sull'andamento dell'istituto, ha erogato, tra l'altro, lire 150.000 ai RR. Istituti clinici di perfezionamento in Milano a concorso nella spesa di costruzione della Stazione idroclimatica « Carta del Lavoro » in Salice.

La Commissione centrale ha quindi stabilito l'assegnazione di cospicui sussidi ad istituti di alta cultura in Milano, tra cui L. 350.000 alla R. Università degli studi.

La Commissione ha infine provveduto alla concessione di sussidi annuali pel triennio 1930-32 e di sussidi straordinari per un importo complessivo di un milione e duecentoquarantamila lire.

Sull'ordinamento della Croce Rossa.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento contenente modifiche all'art. 5 del R. D. L. 12 febbraio 1930, N. 84, sull'ordinamento della Croce Rossa Italiana per quanto concerne la permanenza nei ruoli della associazione per i servizi del tempo di guerra degli ufficiali di età inferiore a 45 anni, purchè arruolati nell'associazione prima del 4 novembre 1918.

Per le opere assistenziali.

Il Capo del Governo ha ricevuto a Palazzo Venezia il gr. uff. Mino Gianzana, presidente della Società Aero-Espresso Italiana. Lo accompagnava il ministro Balbo.

Il comm. Gianzana, che già aveva offerto al Ministro dell'Aeronautica 200.000 lire in titoli per l'Istituto per gli orfani degli aviatori, ha offerto al Duce altre 200.000 lire, sempre in titoli, pregandolo di volerle destinare ad opere di beneficenza, e altre cento mila lire ancora per le opere assistenziali del Partito.

Il Capo del Governo ha vivamente ringraziato il generoso offerente.

I medici romani e la F. I. M. S.

L'ispettorato regionale per il Lazio della Federazione Italiana medici sportivi ha diramato ai medici romani la seguente circolare: « Nell'attuale rinascita degli *sports*, voluta e fermamente incoraggiata dal Regime fascista ed intesa come incremento alla sanità fisica della razza, non poteva essere assente la classe medica Italiana.

Vastissimo è il compito di assistenza, di consiglio, di studio, di valutazione, di incoraggiamento e di esempio che ogni genere di *sport* attende dai medici.

È stata costituita una Federazione Italiana di medici sportivi della quale faranno parte tutti i sanitari delle Società sportive e tutti i medici che intendono dedicarsi a tale attività.

Essa è posta sotto la presidenza dell'on. prof. Ermanno Fioretti ed ha già avuto l'adesione e l'attività fattiva di eminenti scienziati italiani.

Potranno far parte di essa anche i laureandi in medicina e chirurgia.

La classe medica dell'Urbe, centro notevolissimo di tutti gli *sports*, vorrà rispondere numerosa all'appello.

Tutti coloro che volessero iscriversi potranno avere ogni schiarimento presso la Segreteria ge-

nerale della F.I.M.S. (via Capo d'Africa, 25), ove potranno ritirare i moduli d'iscrizione, dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 di tutti i giorni non festivi. Detti moduli debitamente riempiti (due copie) e muniti del visto del Segretario federale dell'Urbe, unitamente a due fotografie debbono essere riconsegnati alla Segreteria suddetta insieme alla quota d'iscrizione di L. 17, non più tardi del 15 luglio p. v.

Conferenza Rosenow.

Il 3 luglio alle ore 19 nell'anfiteatro della R. Clinica Odontoiatrica di Roma al Policlinico Umberto I (Viale Regina Margherita) avrà luogo, per iniziativa della Federazione Stomatologica Italiana, una conferenza dell'illustre medico Edward C. Rosenow della « Mayo Foundation » di Rochester (Minn. - S. U. d'America) sul seguente tema: « Studi clinici e sperimentali sulla localizzazione elettiva degli streptococchi ».

Tutti i medici sono cordialmente invitati. La conferenza sarà illustrata da proiezioni e riassunta in lingua italiana.

Medici americani a Firenze.

Una carovana di medici americani della « American Medical Association », di cui abbiamo già dato notizia, si è recata a Firenze per visitare le istituzioni mediche e gli enti universitari della città. Dirige la carovana il prof. William B. Peck, che ha organizzato le varie visite negli istituti scientifici. I medici americani, insieme alle loro signore, sono stati ricevuti in Palazzo Vecchio dal Podestà che li ha accompagnati attraverso le storiche sale ed ha loro offerto un tè negli appartamenti di Leonora da Toledo.

Conferenze di propaganda infermieristica.

Per iniziativa dell'Associazione Nazionale Fascista Infermiere Diplomate (Segreteria Fasci Femminili), ed in accordo col Ministero dell'Educazione Nazionale, si sono iniziate nel maggio u. s. nelle Scuole Magistrali Femminili, nelle Scuole Professionali, delle conferenze di propaganda infermieristica.

Tali conferenze, tenute dalle Segretarie regionali dell'Associazione, si propongono lo scopo di far conoscere ed apprezzare alle giovanette della buona borghesia la missione dell'infermiera, indirizzando verso tale carriera, che offre oggi ottime possibilità di collocamento, le più nobili e volonterose energie femminili.

Per il nuovo Decreto legge che andrà in completo vigore nel 1935, in tutti gli Ospedali, Cliniche, ecc., il personale infermieristico dovrà essere munito del diploma di Scuola Convitto, ed è da una classe colta e ben preparata che tale personale dovrà naturalmente pervenire.

Così per volontà del Fascismo anche in questo campo l'Italia non sarà inferiore ad alcuna Nazione straniera, ed i malati nostri, nella modesta corsia ospedaliera, potranno trovare quelle amorose ed intelligenti cure che ben poche famiglie saprebbero dare.

Confidiamo che la lodevole iniziativa dell'A.N.F.I.D. possa dare ottimi risultati.

Onoranze al prof. Agostini a Perugia.

All'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale di Perugia per iniziativa del Consiglio interprovinciale e alla presenza di tutte le autorità della Provincia, di un folto gruppo di sanitari e capi-servizio del Manicomio, ebbe luogo una solenne cerimonia in onore dell'illustre scienziato gr. uff. prof. Cesare Agostini che ha lasciata da poco la direzione del Manicomio della Provincia di Perugia dopo un quarantennio di intensa e intelligente attività spesa per il bene e il miglioramento di tale istituto.

Al festeggiato fu consegnata una pergamena a nome dell'Amministrazione Provinciale e dal Preside del Consorzio comandante Carlani fu porto con sobria orazione un vibrante saluto, al quale commosso rispose il prof. Cesare Agostini con nobili parole di gratitudine.

In memoria del prof. Barduzzi.

Il Comitato generale per le onoranze postume al prof. Barduzzi, pioniere degli studi di idrologia e di storia della medicina in Italia, ha deciso di inaugurare il ricordo marmoreo a Bagnisangiuliano il 21 settembre. Il discorso commemorativo sarà tenuto dal Ministro Balbino Giuliano; ed in tale circostanza sarà riunito sotto la presidenza del senatore Giordano un convegno di storia dell'idrologia al quale hanno assicurato il loro intervento i più autorevoli cultori d'Italia e dell'estero.

Il padre dell'anestesia.

È stato celebrato a Londra il centenario della morte del dott. Henry Hickman, chiamato « il padre dell'anestesia ». È stata sottoscritta una somma pari a circa 24.000 lire it. per l'erezione di un monumento alla sua memoria. In seno alla Sezione per l'anestesia della Reale Società di Medicina di Londra, lord Dawson ha pronunziato un discorso commemorativo.

Si rileva da esso che, nell'antichità, si era già fatto largo uso di medicinali per alleviare il dolore operatorio: giusquiamo, oppio, canape indiana, mandragora, ecc.; è solo verso la fine del 18° secolo e il principio del 19° che il dolore operatorio si accettava come inevitabile. Davy (1800) e il suo allievo Faraday (1818) proposero ai chirurgi l'impiego dell'ossido d'azoto; ma non furono ascoltati. È solo nel 1824 che Hickman compie delle esperienze sui cani, anestetizzati con la semiasfissia, con l'anidride carbonica, con l'ossido d'azoto; poi trasporta le esperienze all'uomo. In patria non si riconosce l'importanza del metodo; perciò egli si decide a recarsi in Francia, presso Carlo X, il quale fa nominare una Commissione; ma questa non si è mai riunita. Hickman tornò in patria sconfortato e vi morì a soli 29 anni. Si deve giungere al 1842, perchè Long introduca l'uso dell'etere; al 1844, perchè Welles riprenda l'uso dell'ossido d'azoto; al 1846, perchè Morton imponga e faccia generalizzare l'uso dell'etere.

Medaglia d'oro al medico provinciale di Vercelli.

I Sanitari titolari delle 124 Condotte Mediche della Provincia di Vercelli, nel giorno 13 giugno

1930 a mezzo del Segretario dell'Associazione Provinciale dei Medici Condotti dott. Nino Salamano, presenti le Autorità Politiche e Sanitarie della Provincia ed il Vice Segretario Nazionale dei Medici Condotti comm. dott. Arnaldo Lusignoli di Roma, offrirono al Medico Provinciale dott. cav. Giuseppe Monti una medaglia d'oro, compiacendosi della valorizzazione data ai medici condotti nell'organizzare la lotta contro le malattie sociali.

Eroe della scienza.

Il numero dei martiri della radiologia aumenta: è stata amputata la mano destra al dott. Haret, che unitamente a Bazy e poi a Béclère, fu uno dei precursori della radiografia.

Durante la guerra egli per 8 mesi diresse il servizio radiologico della 3ª armata di Verdun, compiendo da 60 ad 80 radioscopie al giorno, poi passò medico comandante della direzione dei servizi radiologici dell'esercito francese. Dopo la guerra divenne medico capo del servizio elettroradiologico del Lariboisière. L'amputazione può considerarsi come l'esito di circa 30.000 interventi radiologici compiuti dal dott. Haret, che fin dal 1916 è decorato della Legion d'Onore.

Chirurgo in tribunale.

Si è svolto a Montpellier un processo nel quale era implicato un chirurgo, dott. I.... chiamato presso un ragazzo decenne, J. R., di Sète, il quale aveva inghiottito una moneta da un soldo, il dott. I...., dopo aver praticato l'esame radioscopico, aveva deciso un intervento d'urgenza. La moneta non fu trovata; ma qualche giorno dopo il ragazzo la restituiva col vomito.

La ferita operatoria del primo intervento aveva lasciato una cicatrice viziosa; perciò venne praticata una seconda operazione.

Per il doppio intervento, il chirurgo presentò una parcella di 4000 franchi al padre del ragazzo, M. R., il quale rifiutò di corrispondere l'importo e perciò fu trascinato avanti al Tribunale. I periti decisero che il chirurgo avrebbe dovuto tentare il trattamento medico, prima di ricorrere all'operazione, e che perciò questa era stata intempestiva. In esito a tale perizia il Tribunale ridusse la tassazione a 500 franchi; al tempo stesso condannò il chirurgo a corrispondere 8000 franchi di danni e interessi.

Infortuni in un ambulatorio oftalmico di Atene.

Le autorità greche informano che una notizia, pubblicata sui quotidiani, da noi pure riportata, relativa a 40 bambini resi ciechi nella clinica di Kessariani, non risponde interamente a verità: non è questione di accecamento. L'infortunio sarebbe stato sfruttato da un gruppo di oculisti, per ragioni pubblicitarie.

Il " V. E. M. „ francese,

Dal 1° al 13 settembre avrà luogo il 23° Viaggio di studi medici alle stazioni idrominerali e climatiche dell'Alsazia, Giura e Vosgi, con l'itinerario seguente: 1° settembre: Riunione à Nancy; 2 settembre: Saint-Dié, Saales, Schirmeck, le Donon, Wangenbourg, Strasburgo; 3 settembre: Strasburgo, Niederbronn, Morsbronn, Strasburgo; 4 settembre: Saint-Odile, le Hohwald, le Haut-Koenigsbourg, Aubure, Salem, Lac Blanc, Lac Noir, Le Linge, Les Trois-Epis, Colmar; 5 settembre: Soultzmatt et Soultzbach, Munster, l'Altenberg, la Schlucht, le Hohneck, Gérardmer; 6 settembre: Col de Bramont, Bussang, Ballon d'Alsace, Belfort; 7 settembre: Montbéliard, Le Saut du Doubs, Morteau, Pontarlier, Malbuisson; 8 settembre: Les Rousses, La Faucille, Divonne, Baume-les-Messieurs, Champagnole, Salins du Jura; 9 settembre: Besançon-la-Mouillère, Lure, Luxeuil; 10 settembre: Luxeuil, la Feuillée Dorothée, Plombières; 11 settembre: Bains-les-Bains, Bourbonne, Contrexéville; 12 settembre: Vittel; 13 settembre: Fine del « V. E. M. ».

La direzione scientifica del viaggio è affidata ai professori di idrologia Villaret (Parigi), Santenoise (Nancy), Blum (Strasburgo).

La quota di iscrizione è di 1100 franchi, comprensiva di tutte le spese da Nancy a Vittel. Le ferrovie francesi concedono il 50 % di riduzione per il viaggio d'andata a Nancy e di ritorno da Vittel. Le domande d'iscrizione devono inviarsi a M.lle Machuré, sécretaire des V. E. M., 21 rue de Londres, Paris.

LOUIS FOURNIER

(1867-1930).

L. F., mancato testè ai vivi, aveva degnamente portato un nome illustre, quello di ALFREDO FOURNIER, le cui classiche opere costituiscono ancora oggi la base dei nostri studii di sifilologia clinica, e la cui vivida luce poteva facilmente fare impallidire quella di astri minori, sorti dopo di lui.

Fu proprio in quest'ultimo campo invece che L. FOURNIER portò un contributo di ricerche e di lavori che possono considerarsi come fondamentali: basti il ricordare gli studii sulla bismutoterapia della sifilide, ora trionfalmente entrata nella pratica medica quotidiana, sui preparati liposolubili di bismuto, sull'aureoterapia antiluetica ed anche gli altri sull'azione profilattica contro la lues di certi derivati dell'arsenobenzolo somministrati per « os »: ricerche quest'ultime piene di incoraggianti promesse se pure fino ad oggi non confermate dalla esperienza successiva.

Allievo del Pasteur, fu nel suo Istituto di Parigi che Egli venne formando la sua personalità scientifica che doveva poi rifulgere in numerose pubblicazioni e soprattutto nei frequentatissimi corsi di lezioni all'Ospedale Cochin.

Chi lo conobbe personalmente ne apprezzò la bontà dell'animo, le qualità didattiche di prim'ordine e l'acuto senso clinico temprato ad una profonda cultura generale e ad una rara esperienza sui malati.

Al lutto che colpisce i confratelli Francesi, i quali a buon diritto riconoscono in L. FOURNIER un maestro non facilmente sostituibile, si associano di gran cuore i sifilografi Italiani.

V. MONTESANO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. d. Prat., 22 feb. — CARNOT. Casi di psittacosi.

Morgagni, 16 feb. — G. CASOLO. Le sindromi ischialgiche.

Lancet, 22 feb. — A. P. THOMSON. Psittacosi.

Brit. Med. Journ., 22 feb. — M. C. BADFORD. Psittacosi. — J. A. NIXON. Vantaggi di una dieta ricca di carboidrati pel diabetico.

Med. Welt, 22 feb. — J. HERKMAN. Sieroterapia della encefalite post-vaccinica.

Indian Journ. Med. Res., gen. — S. T. HUGHES e D. L. SHRINASTAVA. La splenomegalia malarica. — R. MCCARRISON. Pane bianco e integrale. — D. C. WILSON e al. L'osteomalacia o rachitismo tardivo. — H. E. SHORTH. Trasmissione del kala-azar.

Arch. d. Mal. d. Reins, feb. — CHAUVIN e al. La pneumopielografia.

Chir. d. Org. d. Movimento, gen. — C. BENELLI. Lussaz. traumatica irriducibile del ginocchio. — L. BAJ. Influenze delle infezioni sulle alterazioni ossee da carenza.

Haematologica, 1. — G. DALLA TORRE. Granuloma maligno. — E. RUGGIERI. Sopravvivenza dei leucociti nei diabetici.

Journal A. M. A., 8 feb. — D. SMITH. Fattori meccanici nella stitichezza. — M. HAMILTON CONNER. Trattam. dell'anemia perniciosa con stomaco di maiale crudo e cotto.

Paris Méd., 22 feb. — P. CARNOT. Eccitanti umorali della proliferazione cellulare.

Presse Méd., 22 feb. — P. VALLERY-RADOT e P. DELAFONTAINE. I reni dei vecchi.

Soc. d. Hôp., 7 feb. — J. CASTAIGNE e al. Dosaggio del cloro sanguigno.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussioni sull'anestesia in chirurgia rettale, sulla fenilidrazina nel trattamento della policitemia, sul nirvanol nel trattam. della corea, sulle infezioni da Brucella nell'uomo e negli animali, sul « bambino difficile ». — Casistica.

Minerva Med., 24 feb. — G. CALLERIO. Morbo di Pick. — L. GERSZON. Le isoemoagglutinine nel sangue umano e il loro titolo.

Rev. Méd. de Barcelona, gen. — M. BADÍO BRANDÍA. Il fattore ereditario nell'eziologia dell'ipertonia essenz. — J. PÍ-SUÑER BAYO. L'equilibrio ossido-riduzione nei tessuti.

Clin. Chir., gen. — COMOLLI. Cura incruenta col clistere di bario dell'invaginaz. intestin. — BERTA. Trattam. chirurg. del carcinoma rettale.

Riv. di Clin. Ped., feb. — F. FERRARO. Potere isoagglutinante del latte umano e reaz. di Candido.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Rif. Med., 17 feb. — M. PAZIENZA. Saccaromicosi cutanea a localizzazioni multiple.

Deut. Med. Woch., 28 feb. — RICHTER. Magrezza e deperimento. — FRIEDBERGER. La vaccinazione antidifterica.

Morgagni, 23 feb. — A. MAROTTA. Patologia della pubertà.

Revue de Méd., 2. — Numero sulle malattie del sangue.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 7 Luglio 1930 Num. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

CANTIERI DIRETTISSIMA BOLOGNA-FIRENZE
INFERMERIA DI LAGARO.

Sette portatori di "Entamoeba histolytica" su dieci componenti di una famiglia.

Dott. TOMMASO DELL'AQUILA.

La frequenza dei reperti di *entamoeba histolytica*, specie dopo la grande guerra, renderebbe superflua la comunicazione di quanto qui sotto riferisco, se non avesse speciale interesse per il numero degli affetti e per le eventuali considerazioni sulla diffusione della dissenteria amebica.

La famiglia di cui intendo fare cenno si riferisce a quella del minatore V. R. fu Achille, di anni 50, nato a Mercato Saraceno, ma dall'infanzia in giro per il mondo, a cagione del suo mestiere.

Egli nel 1900, all'età di 20 anni, ha sposato una donna sana e da questa ha avuto ben 17 figli, di cui 13 viventi, e tre aborti. Dei figli solo 8 attualmente convivono con i genitori, che da oltre due anni risiedono nel villaggio del cantiere dell'Imbocco Nord della Grande Galleria dell'Appennino della Direttissima Bologna-Firenze.

Nel settembre del 1927 si presentava al cantiere dell'imbocco Nord della Grande Galleria dell'Appennino per essere assunto al lavoro, ma egli non poteva essere ammesso, perchè disposizioni sanitarie, per la lotta contro l'anchilostomiasi, sancivano il divieto di ammissione di operai provenienti dal Brasile da meno di due anni. Nonostante ciò, dopo ripetuti esami di feci, eseguiti anche presso l'Istituto di Patologia Coloniale di Bologna, risultando il V. R. immune da uova di anchilostoma e di ogni altro parassita intestinale, compresa l'*entamoeba histolytica*, fu ammesso al lavoro.

Il minatore detto asserisce che mai durante la sua vita ha sofferto di speciali disturbi intestinali o di qualsiasi altra malattia degna di nota.

Il 29 settembre u. s. il p. si presentava al mio ambulatorio, accusando lievi disturbi gastro-intestinali, consistenti in dolori addominali, frequenti scariche quotidiane (4-5) liquide e mucose, tenesmo, senso di nausea, iperacidità ed eruttazioni.

Sebbene lo stato di salute fosse apparentemente sano ed ottimo, praticai l'esame delle feci ed avendo trovato numerose forme cistiche e vegetative di *entamoeba histolytica*, inviai il p. per controllo, al prof. Franchini e con eguale conferma.

Come ospiti abituali convivevano nell'abitazione di detta famiglia due cani ed un gatto.

Conoscendo la frequenza della dissenteria amebica in questi animali, ne esaminai le feci e risultarono ripetutamente negative.

I famigliari contagiati sono i seguenti:

1) V. I., di anni 46, nata a Mercato Saraceno. Ha goduto sempre ottimo stato di salute, nonostante le 20 gravidanze ed i relativi allattamenti. Nel 1913 con il marito si è recata nel Brasile, dimorandovi per oltre un anno e mezzo. Non accusa speciali disturbi, però è notevolmente deperita ed anemica.

Il 2-II-1929 esame delle feci: numerose cisti di *entamoeba coli-* ed *histolytica*. Due o tre scariche alvine giornaliere.

2) V. M., di anni 18, nato a Lavello, attualmente addetto ai lavori della grande Galleria. Nel 1913 è stato nel Brasile con la madre ed il padre. Da oltre un anno accusa notevole debolezza, pallore, frequenti scariche diarroiche e nausea. Il 2-II-1929 esame delle feci; numerose *entamoeba coli-* ed *histolytica* in tutti gli stadi, cisti di *lamblia intestinalis*, *blastocistis hominis*, miceli e spore di funghi.

3) V. R., di anni 12, nato a Napoli, ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia, niente altro degno di nota.

Il 5-II-1929 esame delle feci: numerose cisti di *entamoeba coli-* ed *histolytica*. Scariche fecali normali per numero, ma abitualmente liquide.

4) V. O., di anni 8, nato a Lagaro (Bologna). Ha sempre goduto buono stato di salute.

Il 7-II-1930 esame delle feci: cisti di *entamoeba coli-* ed *histolytica;* uova di *ascaris lumbricoides*. Feci abitualmente liquide.

5) V. F., di anni 7, nato a Pianoro (Bologna), ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia e null'altro degno di nota.

Il 7-II-1930 esame delle feci: cisti di *entamoeba coli-* ed *histolytica;* uoma di *ascaris lumbricoides*. Scariche fecali normali per numero, ma liquide abitualmente come nei due casi precedenti.

6) V. S., di anni 6, nata a S. Ruffillo (Bologna). Bimba di gracile costituzione fisica; notevolmente deperita ed anemica da circa due anni.

Il 7-II-1929 esame delle feci: cisti di *entamoeba coli;* uova di *ascaris lumbricoides;* uova di *Hymenolopis nana;* frequenti scariche diarroiche.

Gli accertamenti microscopici delle feci furono eseguiti a fresco e previa somministrazione di purgante salino. I caratteri morfologici e biologici delle forme vegetative (presenza di numerosi globuli rossi nel citoplasma e mobilità vivace) e delle cisti (piccole, sferoidi ed altamente rifrangenti) erano sicuramente da riferirsi all'*entamoeba histolytica*. Nelle stesse feci la presenza di cisti di *entamoeba coli* (grandi, sferoidi, apparenza di porcellana e nuclei numerosi visibili) rendeva facile la diagnosi differenziale con quest'altra forma.

Diario clinico. — Tutti i nostri pazienti furono ricoverati nell'infermeria del Cantiere e contemporaneamente sottoposti a cura emetinica con iniezioni endomuscolari di ctgr. 3 per gli adulti (genitori e figlio maggiore) e ctgr. 1 e mezzo per gli altri figli Le iniezioni sono state eseguite in quattro periodi di una settimana con l'intervallo, per ogni periodo di cinque giorni somministrando complessivamente 80 ctgr. di cloridrato di emetina agli adulti e 40 ai bambini.

Durante il periodo di riposo i pazienti ricevevano un purgante salino e dopo erano esaminate le loro feci. Gli esami eseguiti dopo la 1ª settimana di cura resero evidente la diminuzione delle forme vegetative che scomparvero definitivamente dopo il 2° periodo di iniezioni. Le forme cistiche invece cominciarono a diminuire a metà cura e non si osservarono più nelle feci cisti dopo l'ultimazione della cura.

In tre pazienti però, in quelli che anche obbiettivamente presentavano dei sintomi che clinicamente potevano riferirsi alla dissenteria amebica, le cisti ricomparvero e fu necessario un altro periodo di una settimana di cura emetinica ed una più costante somministrazione di stovarsolo fatta anche agli altri.

L'efficacia dei medicamenti è risultata anche dal miglioramento notevole e graduale dei sintomi clinici rilevati, e specialmente nei tre pazienti che potevano considerarsi maggiormente sofferenti. È meritevole di ricordare il miglioramento generale dello stato di salute e la diminuzione del numero delle scariche fecali che diventarono regolari e con feci formate.

CONSIDERAZIONI.

In un caso interessante di dissenteria amebica da me pubblicato nel n. 10 del 1926 di *Biologie Médicale,* constatai in un p. un'amebiasi cronica, contratta 26 anni prima in Indocina, che speciali condizioni di clima e di ambiente ne avevano modificato il decorso. La malattia in quel p. subiva delle soste tutte le volte che veniva a trovarsi in clima temperato e specialmente in Italia, ma anche qui aveva delle recrudescenze in circostanze favorevoli (malattie intercorrenti, raffreddamenti, strapazzi dietetici, fatiche eccessive). Era chiaro in quel caso l'origine tropicale dell'infezione.

Nei nostri pazienti invece non possiamo ritenere l'infezione di provenienza esotica. Difatti l'indagine anamnestica anche per i tre che hanno dimorato nel Brasile è negativa per disturbi precedenti da riferirsi alla dissenteria amebica. Pur non potendo quindi affermare che l'infezione sia stata contratta nella provincia di Bologna, dove è stata segnalata con una certa frequenza e dove maggiormente ha dimorato negli ultimi anni detta famiglia, in ogni caso è molto probabile che essa sia cominciata in Italia.

Quanto sopra ci fa riflettere:

1) che anche nel nostro paese la dissenteria amebica è più frequente di quanto si crede;

2) che detta malattia ha spesso manifestazioni cliniche molto miti e difficili a diagnosticarsi;

3) che essa ha un potere di diffusione piuttosto notevole come dimostrano i casi riscontrati nella suddetta famiglia, dove, purtroppo, le condizioni igieniche e le abitudini di pulizia non erano molto ideali.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce 7 casi di portatori di *entamoeba histolytica*, appartenenti ad una stessa famiglia, la cui infezione sembra essere stata contratta in Italia e molto probabilmente in provincia di Bologna.

Sono stati curati e guariti con iniezioni endomuscolari di cloridrato di emetina e con compresse di stovarsolo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI FINALE NELL'EMILIA
diretto dal prof. LUIGI TORCHIANA.

Considerazioni sopra un caso di perforazione dell'arteria uterina in una sacca purulenta parametrale

per il dott. GIUSEPPE INGLIMA, assistente.

Se sono noti nella letteratura casi, non del tutto rari, riguardanti emorragie mortali per ulcerazione di grossi vasi in seguito a infiltrazione neoplastica della parete (Hirschfeld) o secondarie a decubiti prodotti da proiettili ritenuti a ridosso del vaso (Lienart, Morris e altri), rientrano nella più grande rarità le emorragie spontanee che si producono in sacche purulente, per alterazione infiammatoria della parete vasale stessa, tanto che la loro constatazione si può ritenere del tutto eccezionale.

È per questa ragione che avendo avuto l'opportunità di osservare di recente un caso, riguardante la perforazione di una arteria uterina in una sacca purulenta parametrale, desidero renderlo di pubblica ragione, non soltanto per le peculiari modalità d'insorgenza, ma anche perchè mi dà motivo ad alcune considerazioni di ordine puramente pratico.

Ringrazio il prof. Torchiana per avermi concesso il caso clinico e guidato nelle ricerche.

Storia clinica. — Il presente caso riguarda tale P. A., di anni 30, operaia, da Finale Emilia, la quale si presentò all'ambulatorio dell'Ospedale perchè da qualche giorno soffriva di dolori nella fossa iliaca destra, accompagnati da febbre.

Raccontava la paziente che essa era sempre stata di buona costituzione e mai ebbe a soffrire malattie degne di nota.

Mestruò a 15 anni e le mestruazioni, pur essendo piuttosto abbondanti, furono sempre regolari per qualità e intercorrenza.

Andò a marito all'età di 19 anni con uomo, tuttora vivente e sano, dal quale ebbe 3 figli che vivono e stanno bene.

Circa 15 giorni fa, dopo un periodo di amenorrea di circa un mese, fu colpita da abbondanti perdite di sangue, le quali diminuirono poi in seguito a riposo.

Da circa 10 giorni alle perdite sanguigne si è aggiunta febbre, che ha raggiunto il massimo di 39°, preceduta da brivido, intermittente, e seguita da sudori. A questa sintomatologia si sono uniti dolori nella fossa iliaca di destra.

Al momento della visita presentava, temperatura sui 38°, addome trattabile, nessuna dolorabilità nei vari quadranti eccettuata la fossa iliaca di destra, dove si riscontrava una discreta contrazione di difesa dei muscoli della parete e dolorabilità piuttosto viva alla pressione.

All'esame ginecologico si notava fuoriuscire dalla vulva un liquame giallastro purisimile, di cattivo odore; vagina ampia, l'orificio esterno del canale cervicale permeabile all'apice dell'indice, l'utero piuttosto ingrandito lateralizzato a sinistra. In corrispondenza del fornice laterale di destra si palpava una tumefazione della grossezza di un mandarino, piuttosto dura, fissa, senza evidente fluttuazione alla palpazione combinata, vivamente dolorabile. Tale tumefazione faceva corpo con l'utero, il fornice corrispondente era pastoso.

L'utero era fisso e la pressione sul collo risvegliava dolore; lievi alterazioni esistevano in corrispondenza del muso di tinca, rivelabili dallo speculum.

Data la sintomatologia e il risultato dell'esame obbiettivo si fece diagnosi di parametrite e si consigliò all'ammalata di entrare in Ospedale per la necessaria osservazione e per l'intervento operativo. L'ammalata invece rimase a casa sua altri due giorni ed entrò il 17-7-1929 con temperatura a 38 e stato generale buono.

Le si fece praticare una lavanda vaginale calda e data ancora l'assenza di fluttuazione si decise per il giorno dopo di praticare una puntura esplorativa, alla quale, se del caso, far seguire la colpotomia. Senonchè la sera stessa, l'ammalata accusò vivo dolore in corrispondenza della fossa iliaca di destra, agitazione, irrequietezza. Il polso si manteneva buono con 70 battute, l'addome trattabile. Si fece applicare la vescica di ghiaccio e il dolore dopo poco calmò. Verso le 4 del mattino improvvisamente il dolore riapparve fortissimo, atroce, e in breve si diffuse a tutto l'addome, accompagnato da vomito. Il polso si fece rapidamente piccolo e vuoto. L'infermiere di servizio praticò iniezioni eccitanti e l'ammalata si riebbe un poco. Non compreso della gravità della situazione non si preoccupò eccessivamente.

Esaminata verso le ore 8, l'ammalata apparve subito in condizioni disperate. Polso non percettibile, estremità fredde, pallore intenso, addome disteso, dispnea, sensorio integro, ottusità nelle parti declivi dell'addome.

Un intervento in tali condizioni non poteva essere preso in considerazione, si cercò ad ogni modo di rialzare le condizioni della malata con

iniezioni eccitanti, ipodermoclisi. Tutto fu inutile; l'ammalata si spense dopo poche ore.

La necroscopia praticata 24 ore dopo la morte diede il seguente risultato:

Nulla di notevole a carico dei polmoni e del cuore all'infuori di note di anemia acuta; l'addome invece si presentava ripieno di sangue in parte fluido, in parte coagulato. Prosciugato il cavo addominale ed eviscerato il cadavere si potè notare un grosso coagulo nella fossa iliaca di destra. Il cieco ed alcune anse del tenue erano aderenti alla parete posteriore del legamento largo verso la sua base. Questo tratto aderenziale costituiva con il peritoneo pelvico la parete di una grossa sacca sviluppatasi in corrispondenza della base del legamento largo stesso. Medialmente a questa ganga aderenziale e in tutta vicinanza dell'utero esisteva una larga smagliatura peritoneale permeabile all'indice, attraverso la quale si penetrava in una sacca ripiena di coaguli molli. Tolti gli organi che aderivano fra loro e tenacemente al peritoneo pelvico e aperta quindi anche la base del legamento largo, si scoprì che la sorgente dell'emorragia mortale proveniva dai vasi uterini, e più propriamente dall'arteria, che si presentava di calibro molto aumentato, ingrossata e ulcerata in un punto della sua parete subito al disopra dell'incrocio con l'uretere.

Parte delle pareti della sacca era occupata da stratificazioni purulente; qualche piccolo ascesso fu riscontrato nel tessuto connettivo che limitiva il processo infiammatorio.

Ultimato questo esame, per una più accurata osservazione si asportarono in blocco l'utero, gli annessi, vescica, vagina e retto.

L'utero per quanto un po' più grosso si presentava normale, così pure gli annessi. Aperto l'utero si riscontrò una endometrite purulenta con piccoli residui ovulari verso il corno di destra.

La parete uterina era nella sua parte destra molto più sottile e molle che non a sinistra. Nulla di notevole nel tubo intestinale, fegato e milza. Reni senza lesioni macroscopiche apprezzabili.

Riepilogando il risultato clinico ed anatomopatologico del presente caso, si è avuto in primo tempo e susseguentemente ad un aborto settico la costituzione di un ascesso alla base del legamento largo di destra, in secondo tempo ulcerazione dell'arteria uterina e costituzione di un grosso ematoma estraperitoneale, in terzo tempo inondazione peritoneale attraverso una smagliatura del peritoneo e conseguente rapida morte dell'ammalata.

Queste sono le varie tappe attraverso le quali è passato il processo morboso, tappe ben lumeggiate e ampiamente chiarite dall'indagine clinica e dall'esame necroscopico.

Vediamo ora quali insegnamenti possiamo trarre dal nostro studio.

Dirò subito intanto che il caso attuale è di una rarità eccezionale e che per quanto abbia indagato nella bibliografia italiana e straniera non mi è riuscito di trovare un solo caso che possa rassomigliare lontanamente al mio. È bensì vero che in qualche trattato (Labadie, Lagrave, Legueu) parlando dei flemmoni della guaina ipogastrica che si fanno strada verso il retto, la vagina, o l'uretere che è più spesso compromesso, dicono che i vasi « *per quanto raramente, possono essere ulcerati con consecutiva emorragia arteriosa o trombosi venosa* » ma non riportano casi particolari di ulcerazione dell'arteria uterina.

Aggiungerò poi che fu appunto tale rarità che, anche di fronte all'emoperitoneo, non ci fece pensare a una così strana evenienza.

Si affacciò subito invece alla nostra mente la possibilità che contemporaneamente al fatto settico parametrale si andasse svolgendo nella nostra paziente una gravidanza extrauterina, non diagnosticabile, date le peculiari condizioni del parametrio e che a questa si dovesse imputare la grave emorragia mortale della malata.

La necroscopia invece ci escluse nel modo più assoluto la presenza di gravidanza ectopica, ci ha spiegato la causa della rapida emorragia, ci ha dato ragione dei gravi dolori presentati dalla malata la sera prima della morte e in relazione con lo svolgersi dell'ematoma retroperitoneale, ci ha infine indicato da quale parte il sangue si è riversato nel peritoneo, col mezzo cioè di una deiscenza dello stesso.

La necroscopia, dunque, ha illuminato completamente il quadro clinico nella sua varia evoluzione.

A questo punto però una considerazione sorge spontanea alla nostra mente e ci domandiamo come mai un vaso di notevole spessore quale l'uterina, abbia potuto ulcerarsi spontaneamente in una sacca purulenta. Dirò subito che la ragione potrebbe essere abbastanza ovvia se avessimo repertato il vaso ulcerato e su di esso praticate le necessarie indagini istologiche. Ciò invece per una imperdonabile disattenzione non è stato fatto. Ad ogni modo richiamo l'osservazione su due fatti di indiscutibile valore riscontrati alla necroscopia e che possono meglio lumeggiare lo svolgersi del processo morboso.

Abbiamo visto infatti che le pareti uterine in tutta corrispondenza del processo infiammatorio, che intorno ad esse andava evolvendo, erano assai assottigliate e rammollite in confronto a quelle del lato opposto del tutto sane, inoltre abbiamo constatato che l'arteria uterina ulcerata si mostrava di calibro aumentato, dilatata, a pareti quasi fusate. Quali deduzioni logiche possiamo trarre da questi reperti? Intanto dall'esame delle pareti uterine balza evidente la certezza che il processo purulento,

invece che seguire una delle tante vie che più facilmente si sogliono riscontrare in casi similari, tendeva a farsi strada verso l'utero, fatto raro, ma che qualche volta suole accadere (Labadie, Küstner, Schröder).

Il reperto poi riscontrato a carico del vaso leso, ci dice chiaramente che l'arteria uterina si trovava in stato di dilatazione aneurismatica, secondaria forse al processo infiammatorio che l'aveva invasa nelle sue pareti e ne aveva alterata l'intima struttura anatomica (aneurisma da erosione, Kauffmann).

Riepilogando pertanto lo strano svolgersi di questo processo infettivo bisogna ammettere, dopo quanto abbiamo esposto, *che la raccolta purulenta parametrale per speciali regionali condizioni abbia avuto tendenza ad aprirsi nell'utero. I vasi uterini si sono venuti pertanto a trovare in mezzo al focolaio infiammatorio e mentre le vene hanno potuto con facilità trombizzarsi, l'arteria, vuoi per cause insite nella parete vasale e preesistenti all'infezione stessa, vuoi per l'invasione infiammatoria delle pareti unita all'aumento di pressione locale, ha finito per dilatarsi, per sfiancarsi, dare origine ad un piccolo aneurisma parietale che si è ulcerato nel focolaio infiammatorio.*

Questo modo di vedere mi sembra, a rigor di logica, come quello che meglio corrisponda alle varie obbiezioni e al reperto anatomo-patologico.

Giunti a questo punto è logico domandarsi se un intervento precocemente praticato avesse potuto salvare la donna. Certo che la colpotomia, come quella che più razionalmente si imponeva, poteva far trovare il chirurgo alle prese con una abbondantissima emorragia, dato che quasi certamente la ormai debolissima parete vasale non avrebbe resistito ad una notevole differenza di pressione.

Ad ogni modo anche in tale contingenza, nell'impossibilità di allacciare un vaso in una sacca purulenta si poteva praticare per via intraperitoneale l'allacciatura dell'ipogastrica, seguita dall'ablazione dell'utero e degli annessi e ampio drenaggio peritoneale.

Nessuna urgenza però esisteva nella nostra ammalata al momento dell'ingresso da costringerci ad un intervento e tanto meno nessuno sospettava una così tragica evenienza.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di ulcerazione dell'arteria uterina in una sacca purulenta; ne tratteggia le modalità di sviluppo attraverso le indagini necroscopiche praticate e discute quale intervento sarebbe possibile in un caso consimile.

BIBLIOGRAFIA.

HIRSCHFELD. *Morts subites par hémorragies profuses dans les tumeurs malignes.* Zeitschrift für Krebsforschung., t. XVII, 1920.

KAUFMANN. *Trattato di Anatomia Patologica Speciale.* Vallardi, 1929.

KÜSTNER. *Manuale di ginecologia.* Soc. Editrice Libraria, 1925.

LABADIE-LAGRAVE. *Trattato medico-chirurgico di ginecologia.* Unione Tipografica Editrice Torinese, 1910.

LIÉNART. *Des hémorragies secondaires par blessures de guerre et de leur traitement.*, Thèse de Doctorat, Paris. 1917.

MORRIS. *Secondary hemorrhages in military surgeon,* t. XXXVIII, 1916.

SCHRÖDER. *Trattato di ginecologia.* Unione Tipografica Editrice Torinese, 1926.

SIREDEY-FAURE. *Traité de ginécologie médico-chirurgicale.* Doin, Paris, 1923.

ZENO. *Hémorragies et perforations mortelles.* La Prensa medica argentina, t. IX, giugno, 1922.

Su un caso interessante di rottura di gravidanza extrauterina

per il dott. AUGUSTO BARBIERI.

S. Giorgio di Pesaro (Pesaro).

Questa nota ha lo scopo non solo di rendere noto un caso interessante, ma anche di richiamare l'attenzione dei medici pratici sulla polimorfa sintomatologia che può presentare la gravidanza extrauterina, anche nell'esito suo più grave, quale la rottura e successiva inondazione peritoneale. Perchè alla conoscenza appunto di tale polimorfismo, si deve se oggi vengono diagnosticate gravidanze ectopiche in maggior numero e ciò non è senza importanza, data la necessità assoluta di ospedalizzare immediatamente tali ammalate.

Prima di fare qualche considerazione descriverò brevemente il caso:

V. Ersilia, di a. 28, casalinga, coniugata, con tre figli viventi e sani. Nulla nel gentilizio, non ha sofferto malattie degne di nota. Ebbe sempre regolarmente le mestruazioni, l'ultima delle quali otto giorni prima, in tutto uguale alle precedenti. Vengo chiamato d'urgenza presso la donna verso le ore 23 perchè poco prima, durante un coito normale col proprio marito, la p. fu colta all'improvviso da un forte dolore al basso ventre, accompagnato da vomito. Il dolore quasi immediatamente si diffuse a tutto l'addome e specialmente verso la regione epigastrica.

E. O. Pelle e mucose visibili piuttosto pallide; scarso pannicolo adiposo; costituzione scheletrica regolare. Nulla a carico degli apparati circolatorio e respiratorio.

Addome: Nulla di anormale all'ispezione. Alla palpazione si nota che l'addome è ben trattabile, mancando ogni accenno di difesa muscolare. Il dolore è però abbastanza vivo e diffuso pur essendo un po' più intenso nel quadrante inferiore destro. Nulla di anormale alla percussione.

Organi genitali: All'esplorazione si nota che imprimendo movimenti all'utero si provoca lieve dolore; il collo è un po' molle; l'utero è nei limiti normali e i fornici sono liberi; non riesco a individuare alcun ingrossamento ai lati dell'utero.

Le mammelle sono normali, senza alcuna secrezione.

L'aspetto della p. è molto sofferente, mentre il polso e la temperatura sono pressocchè normali.

Incerto sulla diagnosi, data la scarsità dei sintomi, dopo le opportune prescrizioni sedative, decido di tornare dalla p. la mattina dopo.

La trovo in condizioni più allarmanti; polso 120; temp. 37°5; il pallore della cute e delle mucose è più intenso. L'addome si è fatto meteorico e più dolente, pur mancando sempre la difesa muscolare; versamento libero endoperitoneale; nulla di cambiato al riscontro vaginale. Dal collo uterino non fuoriesce sangue.

Trasportata d'urgenza la donna all'ospedale di Sassocorvaro, venne visitata dal chirurgo primario dell'ospedale di Urbino prof. Manna, il quale confermata la mia diagnosi di rottura di gravidanza extrauterina con emoperitoneo, decise di intervenire immediatamente.

22-7-1926. Operatore prof. Manna; assistente dott. Barbieri.

Anestesia morfio-eterea; laparatomia mediana sottombelicale. Si trova la cavità addominale ripiena di sangue libero e coagulato; il douglas è occupato da un'enorme massa di coaguli. A destra, fra la tromba e l'utero, si avverte un ingrossamento poco più di una grossa ciliegia, di colorito bluastro e con una lacerazione gemente sangue al centro e superiormente. Rimozione del sangue libero e coagulato; annessiectomia destra; lavaggio con etere, zaffo nel douglas e sutura parziale della ferita.

Diagnosi: Gravidanza extrauterina tubarica istmico-interstiziale destra in crisi. Inondazione peritoneale.

Il decorso postoperatorio fu regolare e la donna uscì completamente guarita dall'ospedale dopo circa un mese.

Come ho detto all'inizio, il presente caso mi sembra interessante e merita qualche considerazione, sia per la causa alquanto rara (il coito) determinante la grave complicazione, sia per le difficoltà diagnostiche che presentava al primo momento. E sopratutto debbo richiamare l'attenzione sulla mancanza di un sintomo fondamentale: l'amenorrea.

Solo recentemente alcuni autori hanno messo in evidenza questo fatto e specialmente il Consoli, il quale pubblicò una statistica abbastanza numerosa di gravidanze ectopiche senza amenorrea e il prof. Dossena.

Prima di questi non mi è noto che altri abbia citata questa possibilità, anzi quasi ovunque si legge che il sintomo più costante di gravidanza è l'amenorrea. Fa eccezione lo Spinelli il quale riporta casi, dai quali chiaramente appare, senza che l'autore lo metta in evidenza, che numerose gravidanze ectopiche sono decorse senza l'amenorrea.

Questo voglio mettere in evidenza per i medici pratici, perchè anch'io fui tratto in inganno in un primo tempo appunto per la mancata amenorrea. Mancando i comuni sintomi di gravidanza, non potevo andare a pensare alla gravidanza ertrauterina, perchè quasi completamente ne mancavano i sintomi: accentuazione dei fenomeni simpatici della gravidanza, modificazioni mammarie, le crisi dolorose al basso ventre (contrazioni della tuba), le perdite irregolari di sangue dai genitali esterni con espulsione di lembi di decidua, l'utero aumentato di volume e deviato, la constatazione di una tumefazione molliccia ai lati dell'utero.

Possiamo poi essere tratti in inganno anche dal comportamento del polso; infatti, come nel mio caso, a uno stato in apparenza gravissimo, si accompagna alle volte un polso poco o nulla modificato (polso paradosso).

Generalmente poi, quando sopraggiunge la grave sintomatologia della rottura di una gravidanza tubarica, oltre allo schoc, al dolore dilacerante, sopraggiunge anche subitanea una anemia acuta, con tutti i sintomi caratteristici che la distinguono. Anche questo reperto può, come nel nostro caso, mancare in principio, e ciò è dovuto al fatto che inizialmente l'emorragia può essere lieve, specialmente se la rottura è piccola; non dimenticarsi però che l'emorragia può aumentare enormemente, sino a portare a uno stato sincopale, nel corso di poche ore.

Concludendo, quando alla mancata amenorrea fa seguito il corteo sintomatico che siamo abituati a vedere in ogni caso di gravidanza extrauterina con rottura della tromba in atto, nessun ostacolo si frappone alla diagnosi. Nei casi invece in cui la mancata amenorrea, si associa a una scarsa e atipica sintomatologia, la diagnosi può essere difficilissima e facilmente si può cadere in errore. Non dimentichiamo mai quindi in questi casi di fare uno studio accurato delle ammalate, vagliando e dando il giusto valore a ciascun sintomo e ricordandosi che è meglio errare in eccesso, che in difetto.

Giova qui ricordare altre sindromi addominali, che con la rottura della tromba gravida possono confondersi, poichè anche esse possono gettare fulmineamente una donna dallo stato di salute, in condizioni gravissime. Sono i casi di ulcerazione perforativa dello stomaco e del duodeno, la pancretite acuta emorragica, l'appendicite, la rottura di una sacca purulenta salpingea, una pelvi-peritonite purulenta complicante un aborto uterino, una cisti ovarica complicata da torsione sul peduncolo e grave

emorragia endocistica. Per la diagnosi differenziale di queste forme cicloniche dell'addome, aventi in comune con la rottura di una gravidanza extrauterina molti sintomi, senza scendere ai particolari, basterà tener nel massimo conto i dati forniti dall'anamnesi, il comportamento dell'alvo, la febbre, e sopratutto come si comporta la difesa muscolare: questo sintomo, sempre rilevabile con un accurato esame in tutte le forme addominali con infezione o risentimento del peritoneo, manca nella rottura della gravidanza extrauterina.

Per ultimo voglio mettere in evidenza che non è molto frequente che una così grave complicazione sia provocata dal coito. Come cause determinanti la rottura della tromba gravida sono citati: i traumatismi in genere, gli esami medici, i tentativi di provocare l'aborto, la contrazione della tromba, la congestione mestruale, e infine raramente il coito. Non bisogna però dimenticare che il vero meccanismo di rottura è dovuto alle particolarità anatomiche dell'uovo tubarico. Infatti l'assenza della caduca a livello dell'inserzione dell'uovo, permette alle villosità coriali di esercitare le loro proprietà devastatrici sulla parete tubarica, tanto che in certi punti questa è ridotta al solo rivestimento peritoneale. La resistenza ne è quindi fortemente diminuita e basta anche una lieve pressione, accompagnata da congestione o da emorragia intratubarica per determinarne la rottura.

Concludendo, la diagnosi di gravidanza extrauterina e delle sue complicazioni, non è sempre facile, ma errerà meno chi nei casi difficili e oscuri ne sospetterà l'esistenza e prenderà gli opportuni provvedimenti.

Sopratutto s'impone la ospedalizzazione, perchè chi lascia tali ammalate in ambienti inadatti e con deficiente assistenza, può compromettere la vita di una madre.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso interessante di rottura di gravidanza extrauterina, mettendo in evidenza le difficoltà diagnostiche di simili casi e concludendo che è dovere del medico ospedalizzare urgentemente tali ammalate.

BIBLIOGRAFIA.

P. G. SPINELLI. *La diagnosi e la cura della gravidanza tubarica.* Atti della Società Ital. di Ostetricia e ginecologia, vol. XV.

CONSOLI. *Gravidanze extrauterine senza amenorrea.* Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1928.

DOSSENA. *Su alcuni particolari comportamenti sintomatologici della gravidanza extrauterina.* Notiziario di diagnostica e terapia, N. 9.

GAIFAMI. *Elementi di Ginecologia.*

CLIVIO-PESTALOZZA. *Trattato di Ostetricia.*

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE CIVILE DI S. GIOVANNI IN PERSICETO.
SEZ. CHIR. diretta dal prof. A. MARTINELLI.

Letto per chirurgia ortopedica

disegnato dal dott. PIETRO FRASSINETI, aiuto.

Il letto che presento mi è stato suggerito da un concetto puramente pratico ed utilitario, dall'intento cioè di racchiudere in un unico mezzo meccanico, di costo relativamente modesto, tutti quei sussidi terapeutici il cui uso si impone nella pratica ortopedica corrente, per chi non voglia, in ogni caso, ricorrere alla cooperazione di un Istituto specializzato.

Presso i piccoli Ospedali, in ispecial modo, sforniti di un attrezzamento completo che richiede peraltro allenamento all'uso e personale infermiere particolarmente accorto, l'apparecchio gessato resta sempre, se bene applicato, il miglior mezzo ortopedico, di facile attuazione e di sicura efficacia (controllo radiologico), alla portata di ogni chirurgo e di ogni Istituto di cura.

E precisamente al fine di provvedere l'operatore di un istrumento semplice e non costoso che garantisse una buona riduzione di ogni frattura così degli arti superiori come degli arti inferiori; e consentisse di porre e mantenere l'operando nell'atteggiamento voluto durante l'intervento da praticarsi, è stato ideato e costruito il letto che descrivo.

Questo per la sua particolare struttura riunisce in sè vantaggi molteplici:

1) consente di praticare correttamente ogni apparecchio gessato;

2) garantisce una validissima trazione fissando egregiamente il settore scheletrico, su cui si interviene, nell'atteggiamento voluto;

3) rende possibili tutte le manovre di riduzione, essendo l'infermo in posizione relativamente non disagiata;

4) consente in grado tutto particolare agilità e rapidità di manovra;

5) è di uso facile e non ingombrante.

Esso consta delle seguenti parti:

1) *Un piano di sostegno ripartito in sei segmenti*, ciascuno dei quali può indipendentemente dai restanti essere sollevato od abbassato a volontà. E questo si ottiene con facile e rapidissima manovra.

Si può così risalire adeguatamente a secondo dell'età e dell'altezza del soggetto oltre la cintura pelvica negli apparecchi per lesioni del bacino, articolazione dell'anca e scheletro della coscia.

Ovvero in rapporto alle stesse esigenze discendere per estensione varia distalmente alla

cintura scapolare negli apparecchi per lesione dell'articolazione della spalla e dello scheletro dell'arto superiore.

Si può altresì, disponendo opportunamente l'infermo ed abbassando in numero vario i piani intermedii, nei casi di morbo di Pott toracico o lombare, in cui si voglia ottenere una decompressione dei corpi vertebrali ponendo il tratto leso in lordosi, praticare un lettino gessato secondo la tecnica di Lorenz o di Wulstein.

2) *Un reggi-bacino mobile*, tanto da esserne consentito per semplice manovra sulla asta verticale contro la quale poggia il perineo dell'infermo, il sopraelevamento rispetto al piano del letto, in quelle poche circostanze patologiche in cui questa manovra torna necessaria.

3) *Due aste orizzontali rigide* poste ad una distanza dalla linea mediana corrispondente, nella posizione di impiego per gli interventi sugli arti inferiori, alla distanza media della testa del femore nell'adulto; nel bambino potrà ottenersi di riportare la direzione approssimativamente parallela all'asse maggiore dell'arto inferiore, spostando l'operando verso l'alto ed appoggiandone, per la controtrazione, il perineo su di un campo che vien teso fra il piano del reggi-bacino ed un dispositivo annesso all'asta mediana di controtrazione.

Queste aste possono essere graduate nel loro divaricamento e fissate al grado desiderato.

Esse dispongono di un'ampiezza di movimento, sul loro centro di motilità, che si approssima ai 190°, per cui possono essere utilizzate tanto per la trazione sugli arti inferiori quanto in senso opposto per la trazione sugli arti superiori.

E' in questa seconda posizione nella quale le aste orizzontali si affiancano al piano di sostegno del letto, che questo assume un volume minimo e può essere agevolmente riposto in locale povero di spazio.

Sull'estremo libero di queste aste agiscono i *dispositivi per trazione*, i quali consistono in un cilindro a superficie esterna liscia che inguaina un'asta a passo di vite ed è a sua volta scorrevole entro un manicotto saldato all'estremo superiore di un'asta mobile in senso verticale, la quale consente di sollevare questi dispositivi in grado notevole dal piano del letto.

Ad essi è consentito di compiere un movimento radiale in direzione verticale, con perno sull'estremo superiore dell'asta che li sostiene. Questo per ottenere una trazione esattamente sull'asse anche quando, come in alcune fratture del collo del femore, sia necessario fissare l'arto inferiore su di un piano sopra elevato dal piano del tronco.

La trazione viene esercitata, sull'arto inferiore, per mezzo di staffe apposite applicate sul collo del piede, il grado di flessione del piede sulla gamba o di rotazione dell'arto essendo affidato alla mano di un infermiere o meglio ad un dispositivo simile a quello di Hawley che soddisfa egregiamente a tutte le esigenze; sull'arto superiore, pel tramite di fionde applicate al polso o al gomito previamente bene imbottiti.

4) *Un'asta mediana a T* della quale è mobile per movimento a cannocchiale la branca verticale in senso longitudinale, per cui è distanziabile in grado diverso la branca orizzontale dal piano del letto.

Mobile a sua volta è quest'ultima nella direzione della sua maggiore lunghezza entro un manicotto applicato all'estremo dell'asta di sostegno.

Ad una estremità della branca orizzontale è infine adattata un'asta verticale sagomata a vite e munita di uncino all'estremo inferiore; asta che ha per cômpito di esercitare una trazione verso l'alto sul braccio o sull'avambraccio, negli apparecchi sull'arto superiore, o sul ginocchio (allo scopo di fletterne l'articolazione) negli apparecchi sull'arto inferiore che richiedono questo atteggiamento.

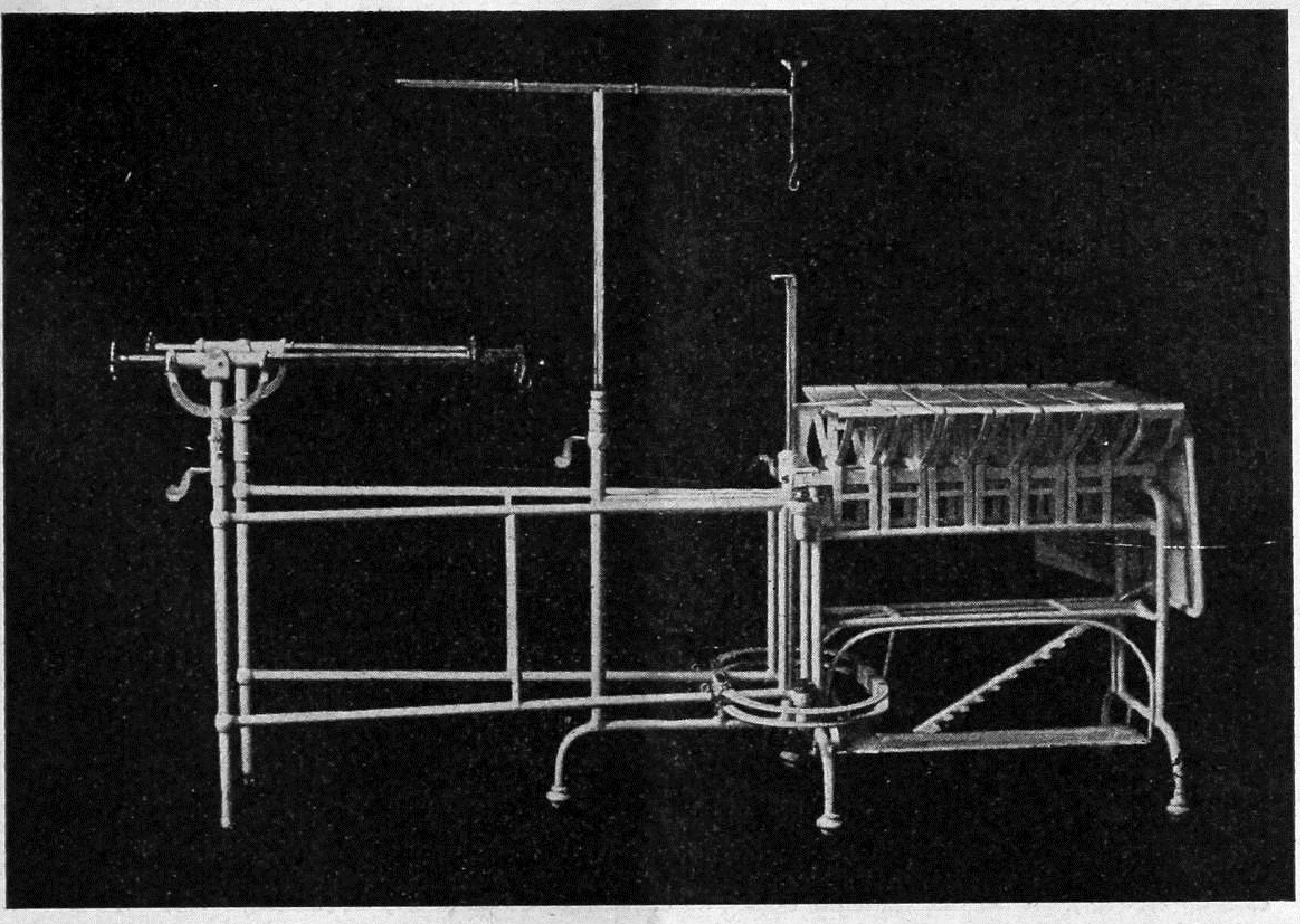
5) *Una doccia metallica* ad ampia curvatura, munita di un *reggi-testa scorrevole*, che viene sostituita al reggi-bacino appoggiandone e fissandone un estremo ad un apposito incastro dell'asta mediana, mentre l'altro estremo si adagia su quei piani mobili che l'intervento non esige vengano abbassati, operando alla riduzione e contenzione gessata nelle fratture degli arti superiori.

Le figure che seguono possono essere di chiarificazione a quanto è stato esposto.

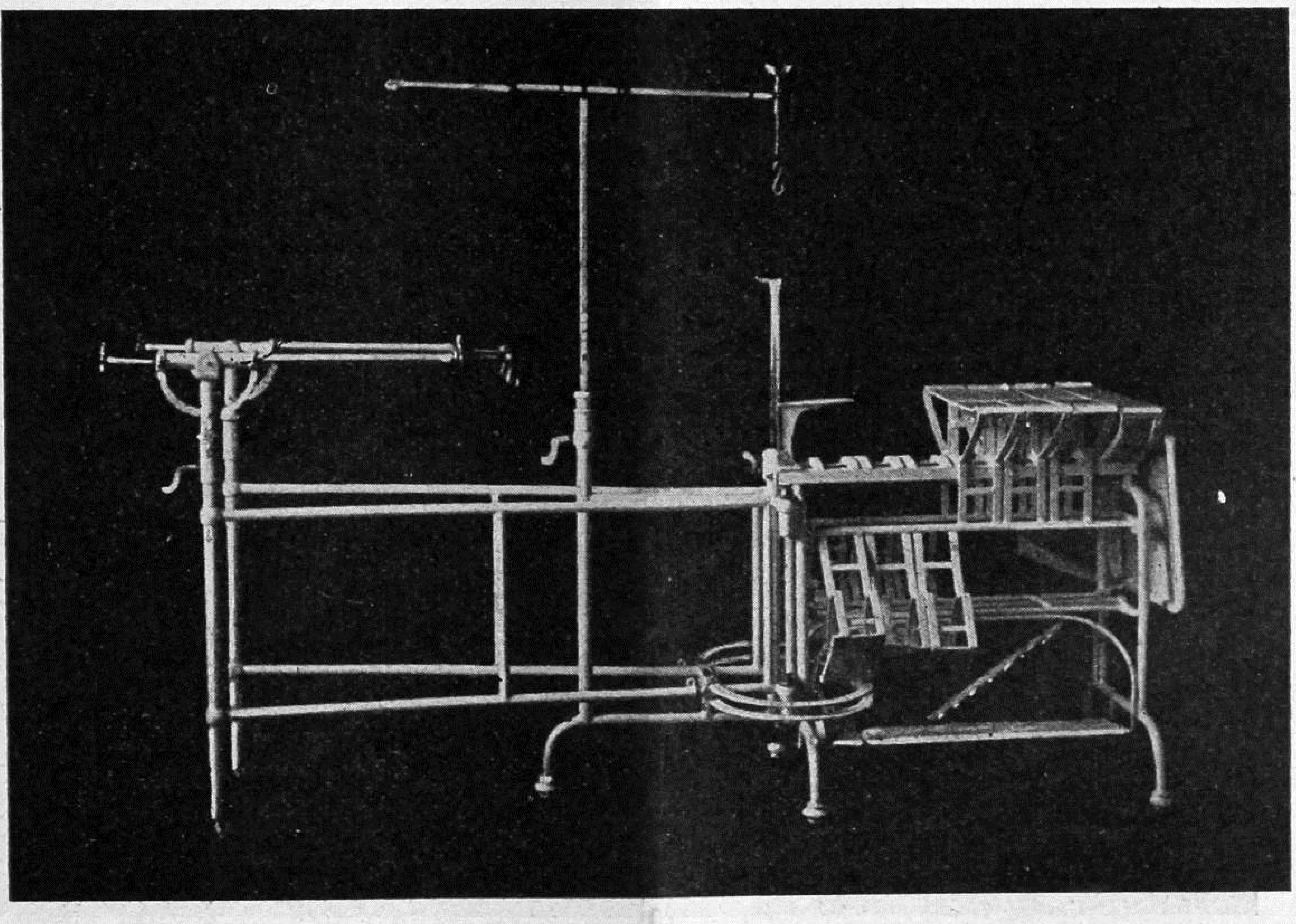
Riassumendo, mediante il letto descritto è resa possibile con esattezza e facilità l'applicazione di apparecchi gessati in quasi tutte le fratture della spalla, della diafisi omerale, del gomito e dell'avambraccio; delle fratture dell'anca, della diafisi femorale e delle ossa della gamba. E' consentito per suo mezzo praticare busti o lettini gessati nel Pott lombare e toracico coi metodi di Lorenz e Wulstein.

Può essere comodo ricorrere ad esso, specie quando si difetti di personale assistente anche per quelle fratture o per quegli interventi in genere pei quali non si richiede una trazione particolarmente energica.

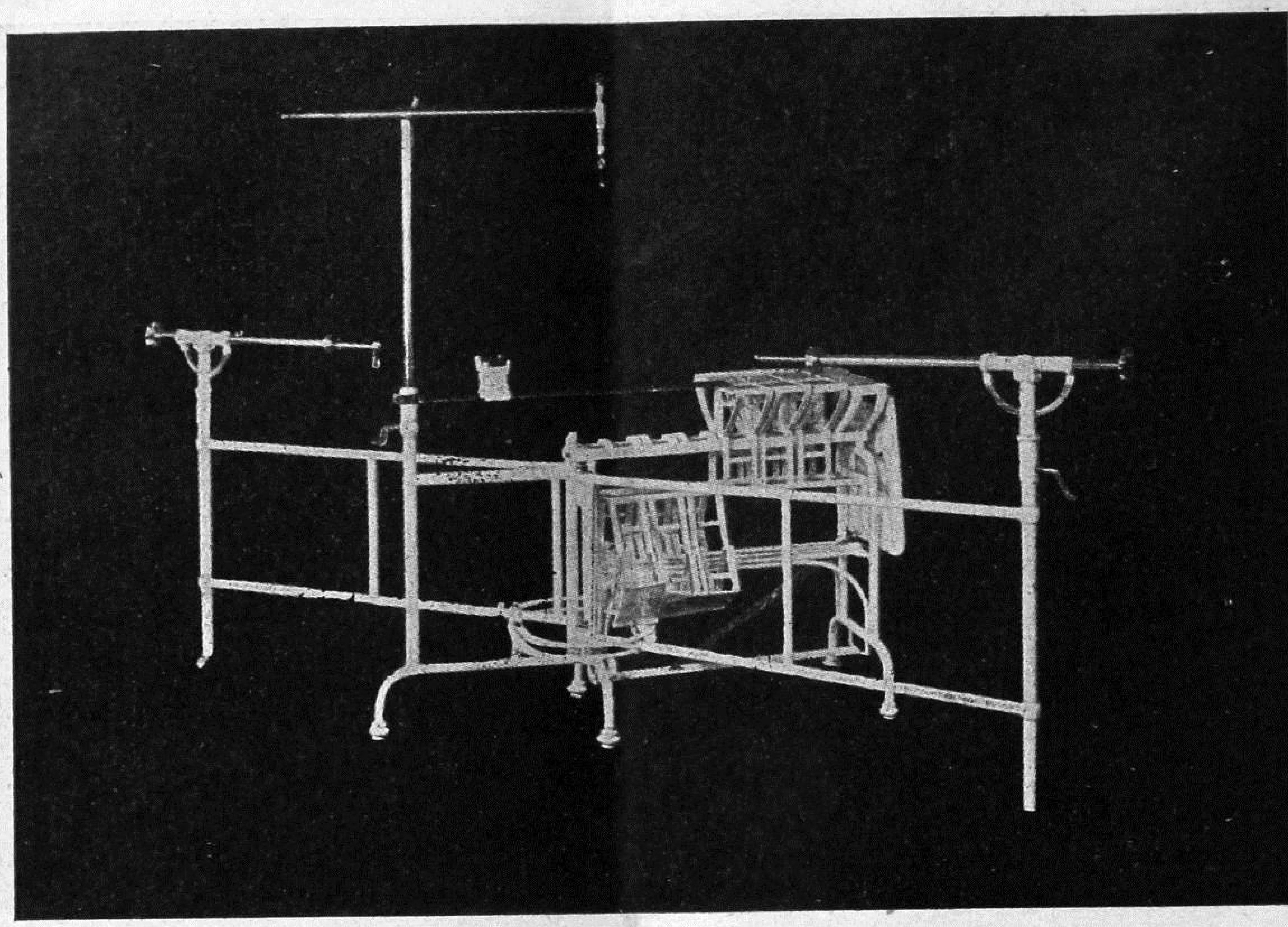
Ne è utilissimo infine l'impiego nella chi-



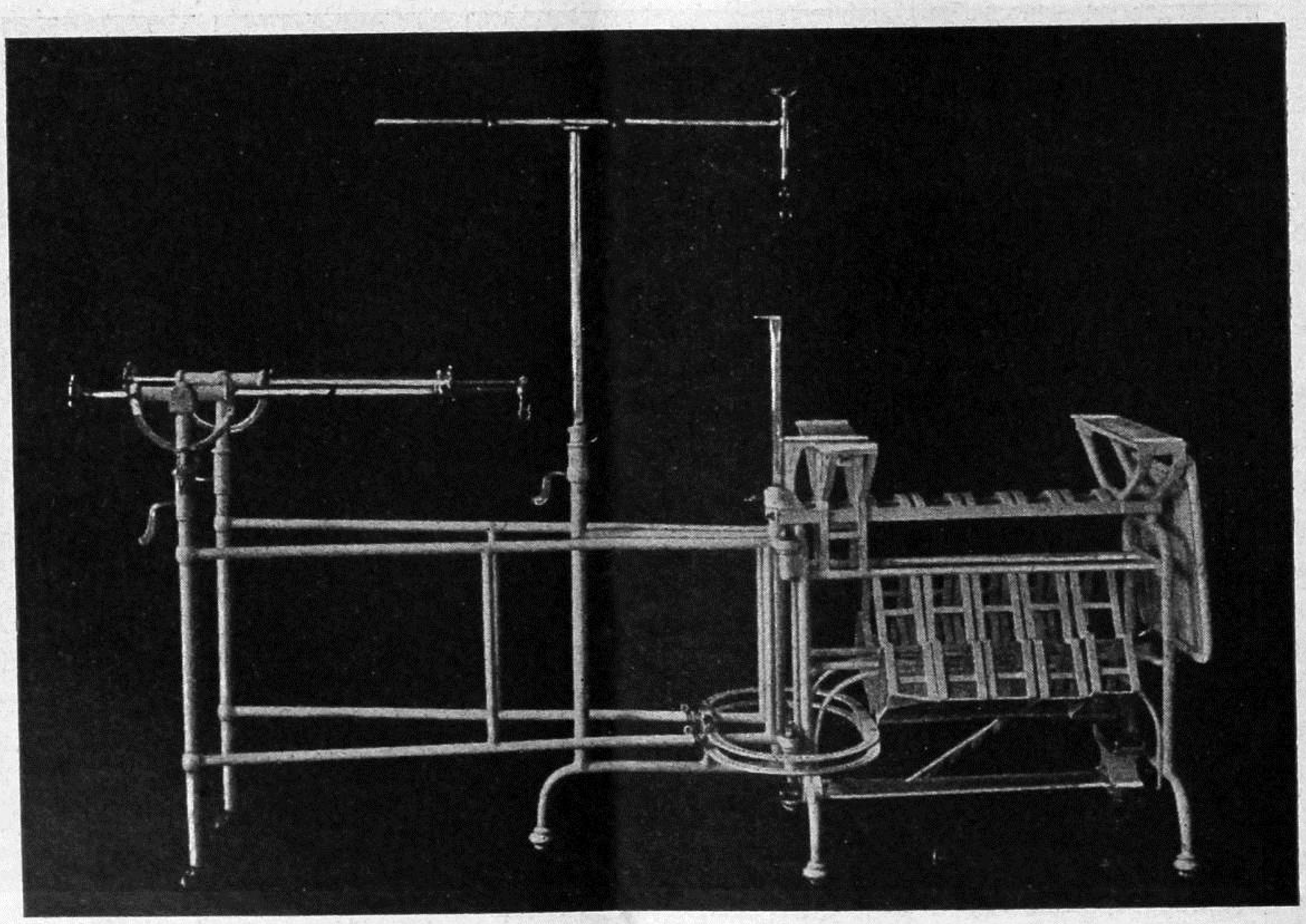
N. 1. — Letto in istato di riposo. — Ripiegando le aste per trazione a fianco del piano di sostegno si ridurranno notevolmente le dimensioni del letto limitandone l'impiego di spazio.



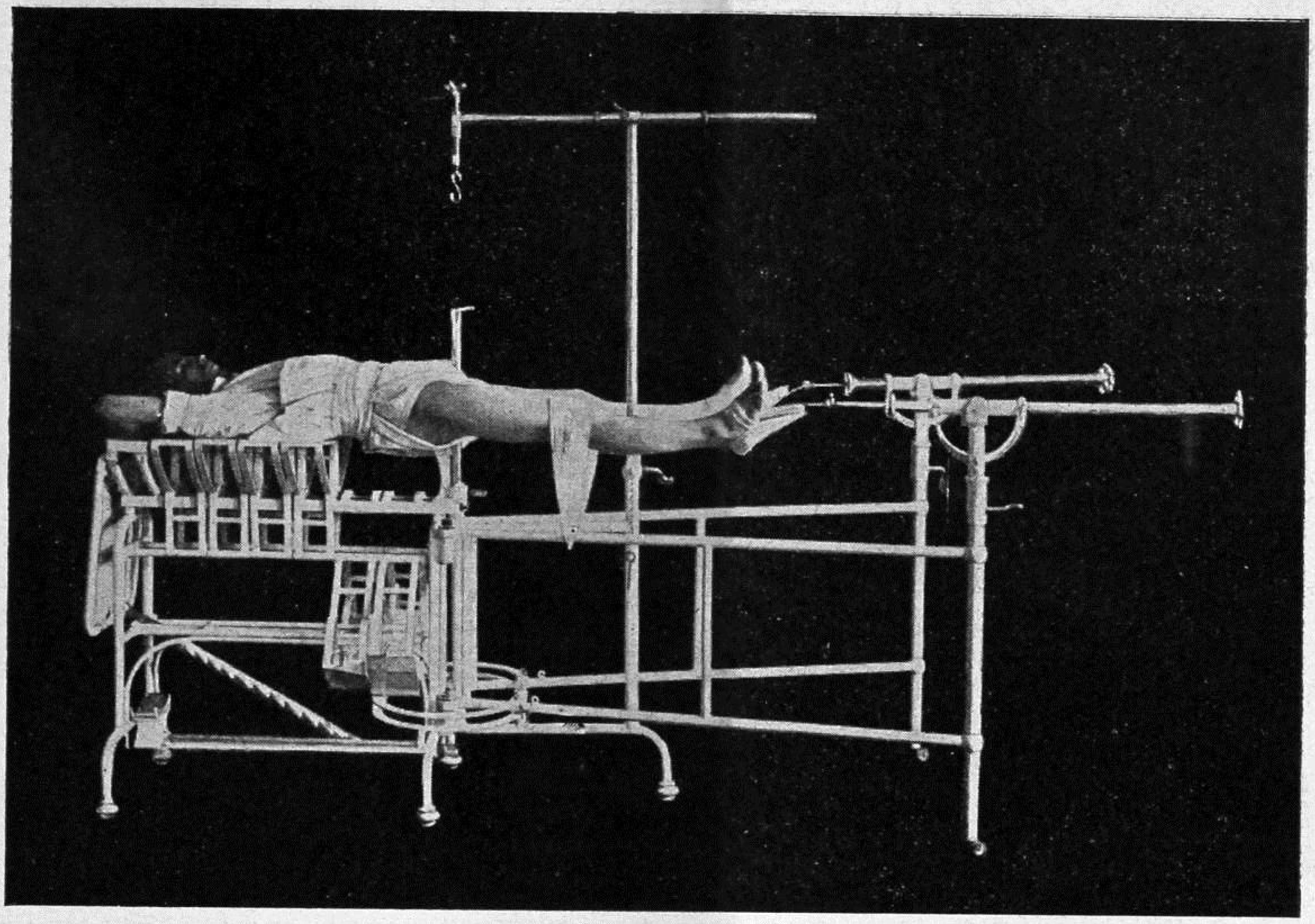
N. 2. — Letto in posizione per l'applicazione di apparecchio gessato sull'arto inferiore, dalla cintura pelvica alle dita del piede.



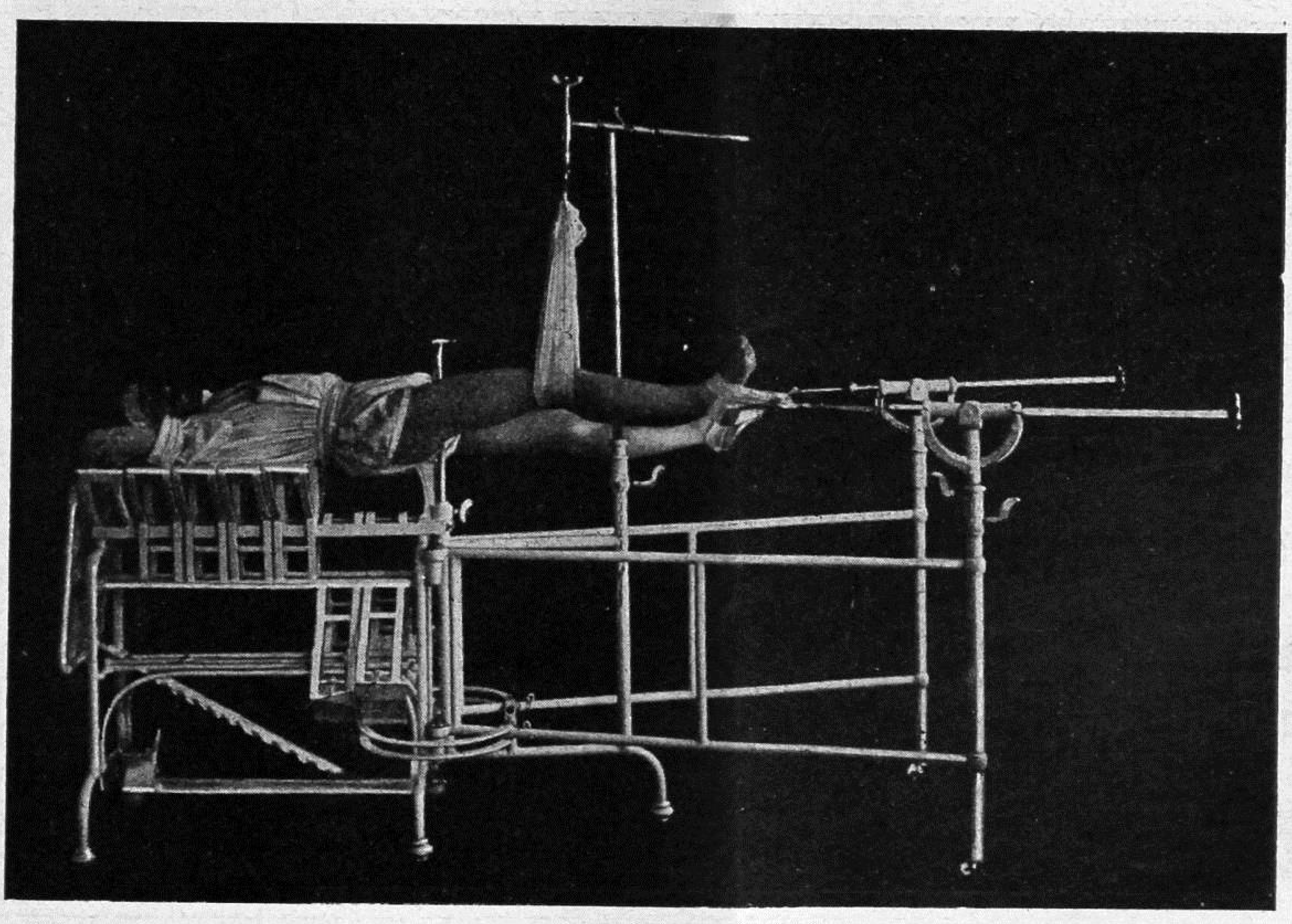
N 3. — Letto nell'atteggiamento necessario all'applicazione di apparecchio gessato sull'arto superiore. — Il piano rigido che qui si vede abbassato all'estremità cefalica del letto, andrà sollevato quando le dimensioni dell'operando lo richiedano.



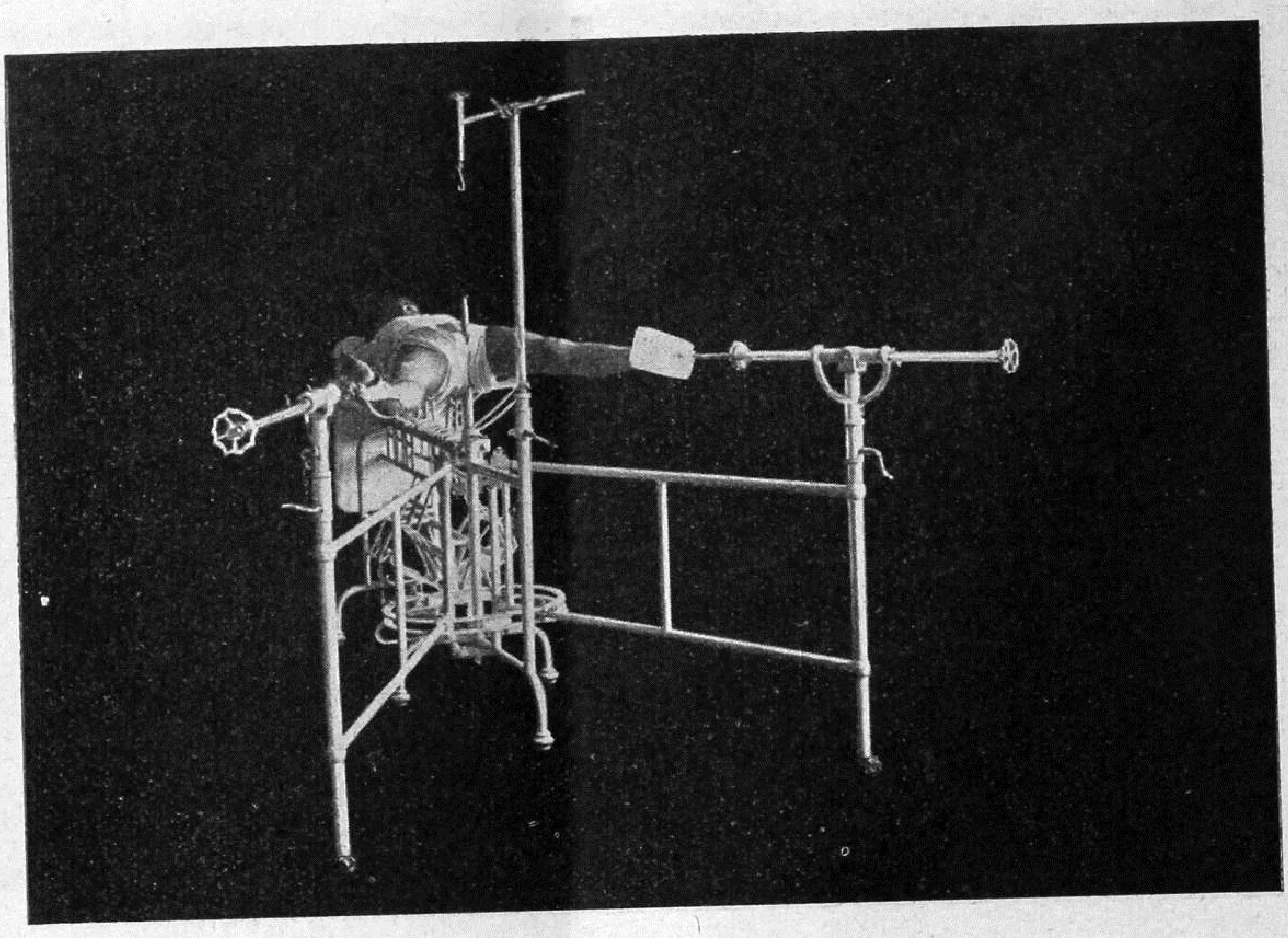
N. 4. — Letto in posizione per l'applicazione di busti e lettini gessati coi metodi di Lorenz o Wulstein.



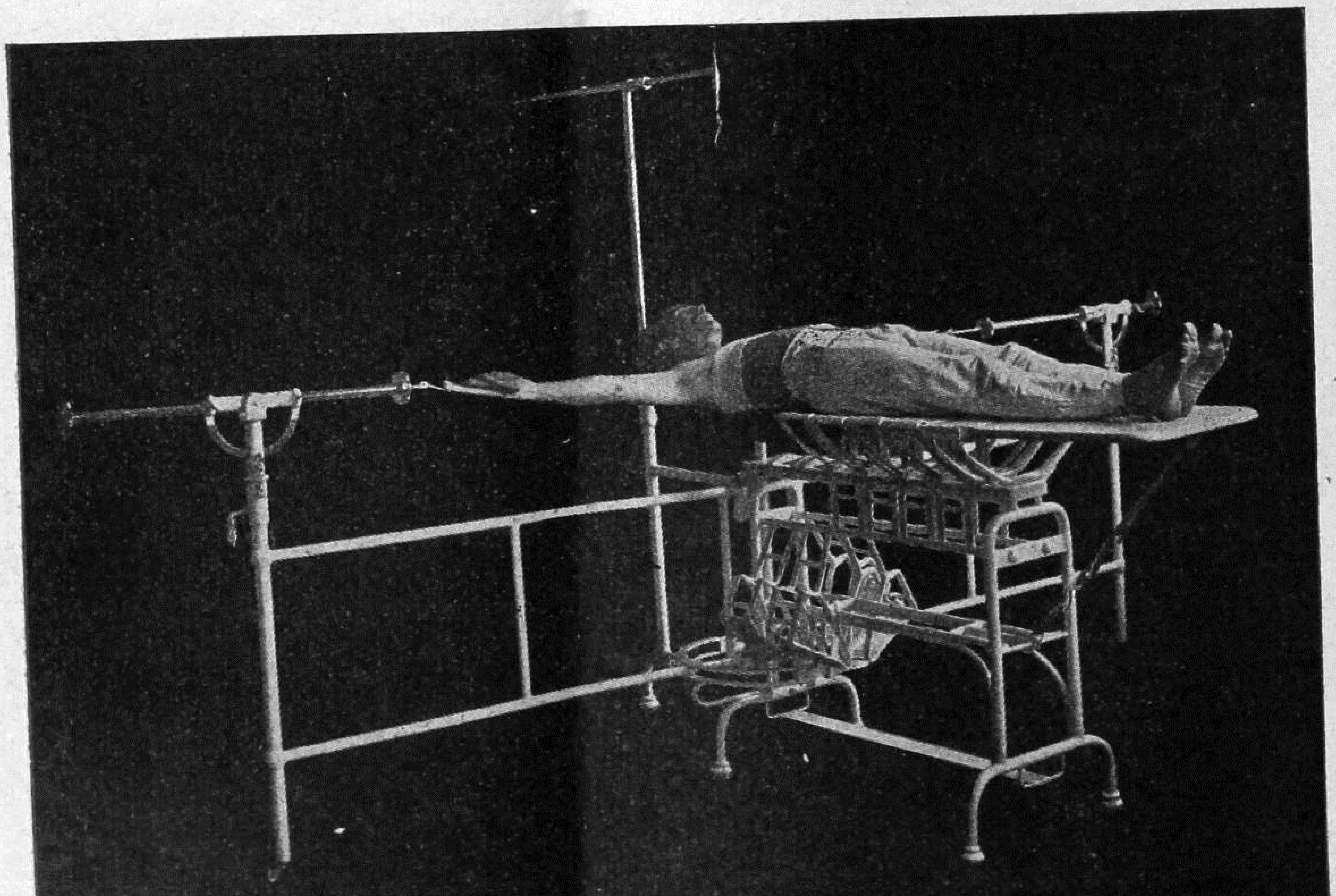
N. 5. — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di apparecchio gessato completo sull'arto inferiore a ginocchio esteso.



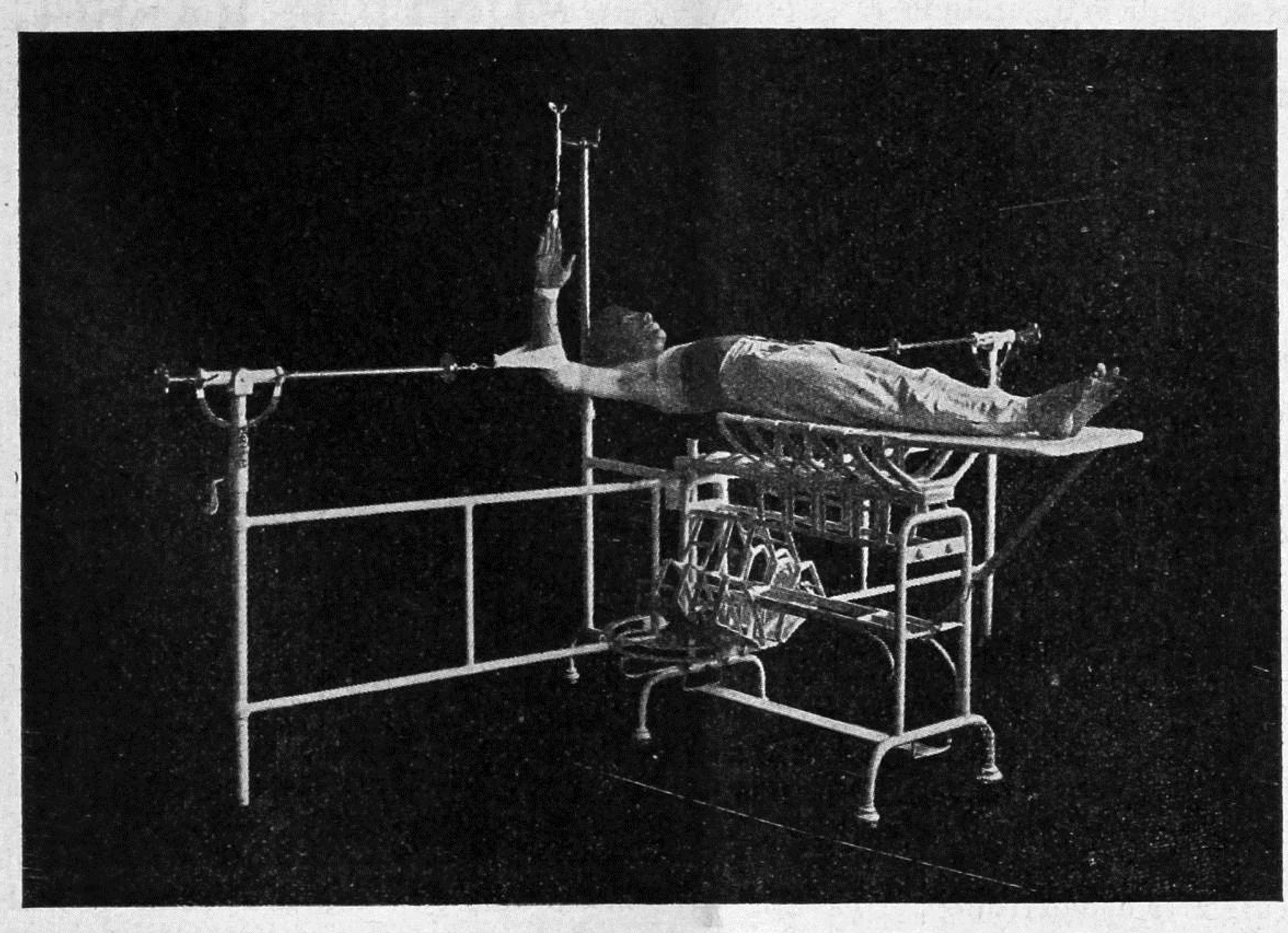
N. 6. — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di apparecchio gessato a ginocchio flesso (frattura di femore o di gamba).



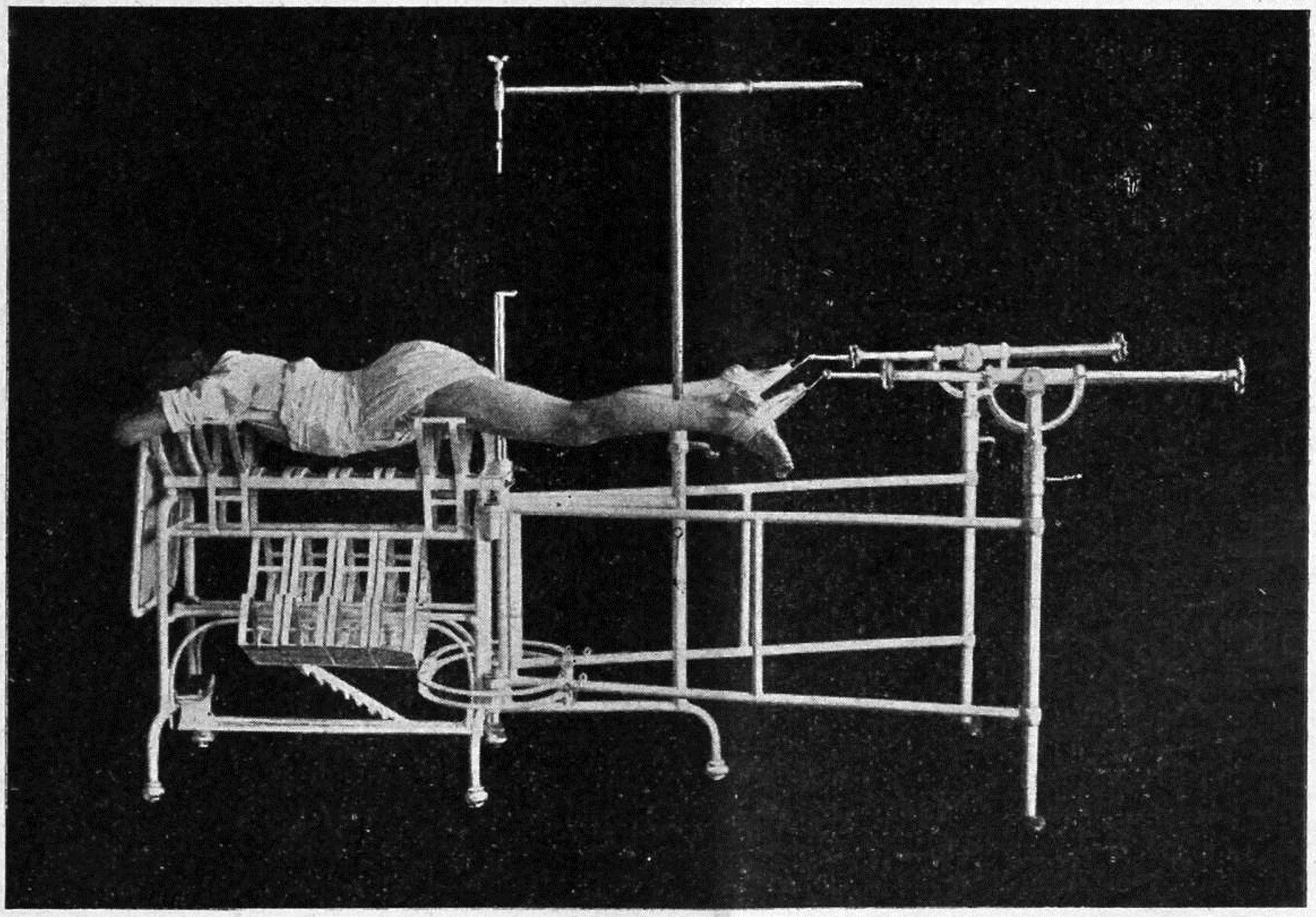
N. 7. — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di apparecchio gessato nelle fratture del collo del femore.



N. 8. — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di apparecchio gessato sull'arto superiore iperesteso. La contro-trazione è affidata ad una fionda abbracciante il torace tesa dall'asta opposta a quella operante sull'arto leso.



N. 9. — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di apparecchio gessato sull'arto superiore flesso ad angolo retto.



N. 10 — Atteggiamento dell'operando per l'applicazione di busti o lettini gessati.

rurgia cruenta degli arti, quando lo si provveda di apposito e semplice dispositivo, che la Ditta costruttrice fornisce a richiesta dell'acquirente.

6 agosto 1929-VII.

RIASSUNTO.

Presentando un proprio modello di « letto per chirurgia ortopedica » l'A. si propone un duplice scopo:

1) Provvedere un mezzo ortopedico semplice di facile e rapido impiego, di costo modesto, specie in rapporto agli usi molteplici ai quali può essere adibito.

2) Riunire in un unico complesso meccanico tutti quei sussidii terapeutici ai quali è opportuno o necessario ricorrere nelle più disparate contingenze della pratica ortopedica corrente; così da potersi asserire che per suo tramite ogni segmento scheletrico leso, nell'àmbito degli arti e del tronco, è passibile di corretto trattamento.

RIVENDICAZIONI

Per un diritto di precedenza.

Essendo a mia conoscenza che qualche collega in Italia ed all'estero usa il metodo di cura della pleurite, esiti di pleurite e forme iniziali della tubercolosi polmonare, metodo che consiste in applicazioni locali, sopra il torace, di raggi violetti ed ultravioletti, associate ad iniezioni sottocutanee di una soluzione fenolica, in vicinanza del focolaio, tengo a dichiarare che detta cura fu da me per il primo escogitata ed applicata or sono 15 anni e pubblicata in diversi periodici medici e, non è molto, ne *L'Avvenire Sanitario*, 1928, avendo ottenuto esiti assai favorevoli in migliaia di casi.

La mia statistica ad oggi si aggira sui 20.000 casi; e, se dovessi illustrarli tutti, dovrei scrivere un grosso volume.

Mi limito per ora a *rivendicare* sulle colonne del « Policlinico », cioè del periodico italiano più diffuso ed autorevole, questo titolo di priorità, che giustamente mi compete, pronto a fornire le più ampie illustrazioni e documentazioni del mio metodo di Cura, il quale dovrebbe portare il mio nome.

Milano, 24 maggio 1930.

Dott. ANTONIO PISANI
Dirigente nella Poliambulanza
di Porta Venezia in Milano.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI ENDOCRINI.

Lo stato funzionale della tiroide in gravidanza.

(G. MADRUZZA. *Rivista Italiana di Ginecologia*, luglio 1929).

Per quanto le prime osservazioni sulla tiroide in gravidanza rimontino ad epoche antichissime, tuttavia fu solamente Freund nel 1883, che fece le prime indagini sistematiche e con misurazioni sul collo delle gravide stabilì una frequenza del 90 % di ipertrofie, legate ad una iperattività funzionale.

Hanno seguito numerosi lavori clinici e sperimentali tutti tendenti a dimostrare che durante la gravidanza, la tiroide è iperfunzionante.

Recentemente però si è cominciato a mettere in dubbio la iperfunzione della tiroide in gravidanza, e si è anzi parlato di ipofunzione, basandosi sull'aumento della colloide.

L'A. crede che, a portare un po' di accordo su tale dibattuta quistione, si debba chiedere aiuto alla biochimica e più specialmente allo studio delle ossidazioni extraorganiche, mediante i metodi di riduzione. Tra questi il più pratico è quello di Lipschitz con l'impiego del m. dinitrobenzolo che fungendo da accettore di idrogeno, molto bene si sostituisce all'ossigeno e si trasforma in m-nitrofenolidrossilamina di colore giallo.

Le attuali ricerche dell'A. mirano a ritrovare una eventuale differenza tra tiroide fuori e in gravidanza per quello che riguarda la intensità dei processi di ossidazione e conseguentemente lo stato di funzionalità della ghiandola stessa.

Dopo aver riferito intorno a ricerche preliminari che portarono a stabilire che nella tiroide i processi deidrogenativi sono di intensità leggermente minore in confronto agli altri tessuti presi in esame, l'A. procedette ai confronti fra le tiroidi di animali gravidi e non gravidi.

Gli animali da esperimento usati, furono le cavie e i conigli: la tiroide di un animale gravido veniva asportata *in toto*, dopo l'uccisione per dissanguamento, e ridotta in poltiglia. Un grammo di essa veniva posto in un tubo con ctgr. 20 di m. dinitrobenzolo e cmc. 10 di soluzione fisiologica. Lo stesso era fatto per la tiroide di un animale non gravido. I due tubi venivano posti in termostato a 38°. Dopo un certo tempo ne venivano tolti e dal contenuto di essi si estraeva la m. fenilidrossamina con etere che veniva dosata col colorimetro di Dubosq.

L'A. riscontrò con tali confronti un lieve ma costante aumento della potenzialità riduttiva verso il m. dinitrobenzolo nei riguardi

della tiroide gravidica: tale aumento del processo di attivazione dell'idrogeno deve essere logicamente in relazione con lo stato della funzionalità secretiva. Tale aumentata capacità riduttiva si manifesta precocemente e progredisce con la gravidanza.

L'A. ha istituito anche ricerche sulle tiroidi di animali di puerperio; da esse si deduce che la potenzialità riduttiva verso il m. dinitrobenzolo sembra diminuire precocemente dopo il parto e che attraverso oscillazioni non molto spiccate, raggiunge il livello dei controlli verso la XV giornata di puerperio.

Non riscontrò invece differenze apprezzabili tra le tiroidi di animali allattanti o meno.

In conclusione le ricerche dell'A. confermano pienamente il concetto primitivo della iperfunzione della tiroide in gravidanza. È però sulla entità trascurata spesso finora che le vecchie vedute sono in disaccordo con le recenti. L'iperfunzione della tiroide gravidica è soltanto lieve ma bastante alle esigenze dell'organismo della gravida e a quelle dell'uovo.

VICENTINI.

La tiroidectomia subtotale nella cura del morbo di Basedow.

(BÉRARD e PEYCELON. *Journal de Chirurgie*, t. 34, n. 5).

Gli AA., sulla base di 53 casi di gozzo esoftalmico vero (esclusi cioè i gozzi tossici) operati dal 1917, con varii interventi, analizzano i risultati ottenuti e il valore dei varii metodi operatori.

1) *Le operazioni sul simpatico cervicale* non hanno dato mai vere guarigioni e solo di rado miglioramenti notevoli.

2) *La legatura delle arterie tiroidee*: nessuna guarigione; eccezionalmente miglioramenti netti, il più delle volte miglioramenti transitori. Questi due tipi di intervento possono essere indicati come atti preliminari prima di una resezione.

3) *Le resezioni tiroidee*: l'emitiroidectomia ha dato qualche buon risultato, ma spesso si sono avute delle recidive. La tiroidectomia subtotale ha dato i migliori risultati e deve considerarsi come l'operazione di scelta.

Grande importanza ha il *trattamento preoperatorio*: riposo, idroterapia, ipnotici e sopratutto somministrazione di soluzione di Lugol (da 10 a 40-50 gocce al giorno) per 10-15 giorni. Prima dell'intervento occorre vagliare bene la gravità della malattia e gli effetti del trattamento medico, scegliere il momento più propizio per l'operazione e proporzionare l'intervento alle condizioni dell'operando. In questo campo la maggiore importanza spetta allo studio del metabolismo basale.

Gli AA. si dilungano sulla tecnica operatoria che consiste in una lobectomia bilaterale, extracapsulare in avanti e sui lati, intraparenchimatosa in dietro, per lasciare da ciascun lato una striscia di tessuto ghiandolare. Una sutura emostatica stretta riunisce da ciascun lato i bordi della superficie di sezione ricostituendo una specie di piccolo lobo che viene a colmare l'angolo esofago-tracheale.

Gli AA. hanno praticato 32 tiroidectomie subtotali con 2 morti nelle 48 ore. Quanto ai risultati lontani su 22 casi seguiti hanno avuto 6 guarigioni complete, 10 grandi miglioramenti con ripresa della vita normale, 5 miglioramenti semplici, 1 caso di tetania in gravidanza. Questi risultati sono superiori a quelli della emitiroidectomia. La subtotale è indicata oltre che nel Basedow anche nelle forme di gozzo basedowificato o adenoma tossico.

G. PACETTO.

Le glandole surrenali.

(G. N. STEWART. *Arch. of Internat. Medicine*, t. XLIII, 1929).

In una lunga conferenza l'A. si propone di correggere alcuni errori in cui cadono i medici nei riguardi delle surrenali. Anzitutto egli sostiene che la corticale, troppo trascurata finora, è indispensabile all'equilibrio vitale. La sostanza midollare (tessuto cromaffine) può essere distrutta, o può l'escrezione adrenalinica essere sospesa per taglio dei nervi, o possono essere associati i due interventi, senza risultato dannoso immediato o tardivo. Studiata la semeiologia e l'anatomia patologica degli stati consecutivi alla surrenalectomia totale, Stewart ha determinato anche il periodo di sopravvivenza in numerosi esperimenti sui cani. A tale proposito i dati fissati nelle precedenti pubblicazioni appaiono poco attendibili, in quanto sembra evidente che gli animali sono morti, in gran parte, vittime di una tecnica operatoria insufficiente, e molto raramente per la sola insufficienza surrenale. I cani operati correttamente sopravvivono da 7 a 9 giorni nella maggioranza dei casi, ed un numero notevole giunge a 13-14 giorni. Ora gli estratti di sostanza corticale provenienti da cani o da altri animali uccisi al mattatoio, si mostrano capaci, iniettati nei cani surrenalectomizzati, di prolungarne la vita al di là dei termini constatati nei controlli. Il tessuto interrenale contiene dunque e produce, a quanto pare, una sostanza (*interrenalina*), che ha il potere di conservare la vita dei cani surrenalectomizzati, essendo capace di neutralizzare le sostanze tossiche che provocano la morte dell'animale operato, o di impedirne la produzione. Purtroppo nessuna prova è conosciuta finora per valutarne precisamente l'azione, onde appare prematuro definire la funzione della interrenalina.

Si è indotti a pensare che la soppressione della sostanza attiva corticale influenza l'organismo in due maniere: turbando i meccanismi o i processi che essa controlla normalmente, producendo veleni legati a questo di-

sturbo, e ciò in maniera che un'azione non esclude l'altra. Allo stesso modo il difetto di insulina determina disturbi di due ordini che si incatenano.

Lo stato che ne risulta può essere migliorato con la iniezione intravenosa di soluzione di Ringer che evidentemente non può fornire un ormone, ma deve agire eliminando sostanze nocive. Dei cani sono stati tenuti in vita con questo trattamento fino a 34 giorni dopo l'ablazione della seconda surrenale.

La sostanza midollare non ha alcuna funzione *indispensabile* alla vita. Infatti dopo la sua distruzione o la resezione dei suoi nervi, l'animale continua a star bene. La malattia di Addison non è certo dovuta alla soppressione dell'adrenalina. Alcuni fisiologi hanno esagerato l'importanza della midollare nelle reazioni vascolari e nelle reazioni associate all'espressione emotiva.

Stewart ha sempre trovato una quantità svelabile di adrenalina nel sangue della vena soprarenale, ma troppo scarsa per essere messa in evidenza nel sangue arterioso. L'eccitazione del capo periferico degli splancnici fa aumentare molto la escrezione dell'adrenalina, mentre la sezione dei nervi delle surrenali la fa diminuire molto fino alla scomparsa. La stricnina, l'eserina l'aumentano. L'adrenalina non sembra che intervenga per mantenere la pressione arteriosa. Essa ha una importanza solo secondaria in alcune forme di iperglicemia sperimentale. Così la puntura del pavimento del IV ventricolo determina iperglicemia e aumento della secrezione adrenalinica, ma l'iperglicemia si verifica anche quando è soppressa la midollare surrenale, dipendendo dall'azione delle fibre dello splancnico che vanno al fegato.

L'iperglicemia associata all'asfissia non sembra aver rapporto con fattori surrenali. L'iperglicemia da morfina diminuisce fortemente quando la midollare è soppressa, il che sembra indicare che l'adrenalina può agire sul ricambio degli idrati di carbonio.

La ricchezza di innervazione della midollare che contrasta con il controllo nervoso delle glandole endocrine produttrici di ormoni importanti, sarebbe dovuto, secondo Stewart, alla necessità di evitare che la midollare liberi troppo improvvisamente una quantità di adrenalina che potrebbe essere nociva all'organismo.

A. PICCINELLI.

ARTICOLAZIONI.

Sulla malattia di Duplay.

(A. HELLFORS. *Mediz. Klin.*, n. 9, 1930).

L'A. ricorda anzitutto il quadro sintomatologico di questa malattia che, descritta da Simon Duplay nel 1872 è rimasta sempre poco conosciuta e di cui non si fa mai la diagnosi.

Si tratta fondamentalmente di un'affezione dolorosa che colpisce una o tutte e due le spalle, e può avere decorso acuto cronico, determinando limitazione dell'abduzione e della retroflessione del braccio corrispondente, sensazioni dolorose puntorie in corrispondenza della borsa sottodeltoidea o sottoacromiale e un'ombra (non costante) nell'esame radiologico, accanto alla testa dell'omero.

Nella fase acuta può essere accompagnata da febbre elevata e può perciò essere presa per un'artrite banale, non mancano neppure il gonfiore e il rossore.

Coll'andar del tempo i movimenti della spalla si vanno sempre più limitando, per effetto dell'atrofia che colpisce il m. deltoide.

La sede del processo è, secondo gli AA., la sinoviale della spalla; infatti il tipo del decorso, la sede delle ombre radiologiche, e dei punti dolenti alla palpazione, e la deposizione di calce nella sinoviale, sembrano confermare questo modo di vedere.

L'età media è la più colpita; l'infezione ha una grande importanza etiologica, e così pure il sovraffaticamento dell'arto corrispondente.

La prognosi dipende dalla terapia; infatti un protrarsi della malattia mal curata porta facilmente alla atrofia del deltoide, con minorazione permanente dell'arto. I massaggi, le frizioni di salicilato, la diatermia ecc. sono certamente giovevoli; le deposizioni di calce sopravvivono di solito alla malattia, ma possono anche essere completamente riassorbite.

La durata della malattia, con una terapia appropriata si aggira intorno al mese.

V. SERRA.

Malattie articolari e dermopatie acute.

(RICHTER. *Forts. d. Therapie*, 10 dic. 1929).

La pelle esplica funzioni endocrine ed esistono relazioni tra essa e gli organi interni, specialmente nelle forme asmatiche, in molte malattie dello stomaco, dell'intestino e delle vie biliari.

L'A. ha studiato i rapporti reciproci tra le artropatie e diverse forme di malattie cutanee acute.

1) Il « reumatismo nodoso » è caratterizzato dalla presenza, vicino alle varie articolazioni e particolarmente in corrispondenza delle sporgenze ossee o dei punti d'inserzione tendinea, di nodi grossi come un fagiuolo, duri, posti nello spessore del tessuto cellulare sottocutaneo e coperti da cute normale o leggermente arrossata. Tali nodi si formano nel decorso di un reumatismo articolare acuto e scompaiono dopo pochi giorni per ritornare in seguito ad un nuovo accesso reumatico. Il reumatismo nodoso si differenzia dall'eritema nodoso, perchè in quest'ultimo i nodi sono localizzati nelle superfici di estensione dalle estremità inferiori e presentano fenomeni flogistici.

2) L'« eritema essudativo multiforme » si presenta con nodi piani, piccoli, localizzati alla nuca e alle superfici di estensione dalle estremità, coperti da pelle livida: tali nodi si rammolliscono nella loro parte centrale o presentano delle vescicole e si estendono all'esterno confluendo con altri focolai. Di regola vi è angina o un processo suppurativo ai denti o ai seni facciali, per cui la malattia è ritenuta come una setticemia attenuta. Le flogosi articolari seguono il decorso delle lesioni cutanee e l'A. sostiene che l'insorgere dei fenomeni articolari e la loro gravità sono da riferire al grado di attenuazione del virus in seguito alla azione disintossicante della pelle.

Gli eritemi tossici si distinguono per una localizzazione irregolare su tutta la superficie del corpo e per il prurito, nel pemfigo le vescicole non presentano reazione flogistica ed hanno una disposizione irregolare.

3) L'« eritema nodoso » si differenzia da quello di Bazin, perchè questo rappresenta un'infiltrazione più piatta, è localizzato ai polpacci, ha tendenza all'ulcerazione e ad un decorso cronico; il sarcoide di Boek ha una localizzazione irregolare e non è dolente alla pressione.

4) Le « tossicodermie » possono presentare esantemi morbilliformi o scarlattiniformi o pomfi e nodi e talora porpora; tali manifestazioni si accompagnano a prurito, con brividi, cefalee, dolori alle estremità e malessere generale; spesso si notano disturbi articolari a carattere soggettivo o con tumefazione articolare e con versamento endoarticolare.

5) L'« urticaria », oltre agli edemi localizzati alle labbra, alle palpebre, allo scroto, presenta spesso una tumefazione dolorosa delle giunture talora con versamento, specie nelle forme di choch anafilattico.

L'eritema essudativo multiforme non dà prurito ed inoltre è localizzato alle mani e ai piedi.

6) La « porpora » si presenta sotto forma di piccole macchie emorragiche, di colore vario dal rosso al giallo bruno; è di natura tossica e si origina da alterazioni vasali arteriosclerotiche o da congestioni in seguito a varici. Le emorragie spesso si complicano con lesioni articolari, di preferenza al ginocchio, con tumefazione, versamento a volte ematico ed isp simento della capsula.

7) L'« eritromelalgia » ha carattere accessuale e si manifesta con dolori, arrossamento e tumefazione localizzata ai piedi e alle mani con iperidrosi locale: nel successivo decorso della malattia si possono manifestare disturbi trofici con screpolature della pelle e tumefazione delle falangi terminali, atrofia delle ossa ed alterazioni articolari, specie dell'alluce.

La malattia si sviluppa in genere in seguito a strapazzi od a disturbi endocrini, ha spesso un decorso cronico e lentamente progressivo.

8) L'« eresipeloide » determinata dal bacillo del mal rosso dei suini, si manifesta con tumefazione di color rosso livido che, originatasi dai margini di una ferita, può estendersi eccentricamente; di preferenza si localizza alle dita della mano, può arrivare al pugnetto e presenta un'intensa dolorabilità delle articolazioni interessate.

9) Lo « scleroderma » consiste in un indurimento sottocutaneo che è diffuso a tutta la superficie del corpo; si inizia in modo acuto, non presenta alterazione di colorito della pelle ed è sempre complicato ad alterazioni articolari con dolori alla pressione e nei movimenti attivi e passivi. A. P.

Sulla divisione non traumatica della rotula (Patella partita).

(SOMMER. *Brun's Beit. z. Klin. Chir.*, 148).

Sotto il nome di patella partita s'intende in generale una rotula che mantenendo la sua configurazione normale è formata da due o più pezzi riuniti (patella bi-tri-multi-partita). Da essa vengono escluse quelle forme consecutive a traumi o a sequestrazioni ossee per processi acuti o cronici (tubercolosi, osteomielite, lues).

La prima descrizione nella letteratura è data da Gruber nel 1883 sotto il nome di bipartizione delle due rotule. In seguito specialmente con la radiografia le osservazioni si accrebbero e la patella bipartita venne classificata e distinta dalle osteocondropatie (malattia di Perthes, Schlatter, Kohler, osteocondrite dissecante di König).

Nel 1922 Blenke riunì dalla letteratura 12 casi con 2 casi propri. Altre osservazioni sono dovute a Reinbold, Moreau, Fournier ed altri.

L'A. ne riporta 4 casi della Clinica Chirurgica dell'Un. di Greifwald diretta da Pels Leusden di cui due con un frammento laterale, due con patella tripartita.

Secondo Saupe si possono distinguere tre forme: nella prima la rotula è divisa da una fessura orizzontale in una parte più grande superiore ed una più piccola inferiore. Non è stato osservato finora l'inverso per la grandezza dei frammenti (il diametro è allungato); nella seconda la rotula è divisa da una fessura verticale in due parti: una più stretta laterale ed una più larga mediale, (non si ha slargamento della rotula nel diametro laterale); nella terza forma, che è la più rara, il quadrante supero esterno della rotula in uno o due frammenti è staccato dai rimanenti 3 quadranti che formano un solo grosso pezzo. La linea di divisione è ordinariamente obliqua dall'alto in basso e dall'interno all'esterno. Per lo più la divisione è bilaterale. Spesso da una parte la rotula è bipartita e nell'altra tri- o multi-partita. L'insieme dei pezzi riproduce la forma e la grandezza di una rotula normale. Si possono trovare combinazioni di questa forma con altre deformità ossee come la malattia di Schlatter.

La patogenesi va certamente ricercata in al-

terazioni di sviluppo della rotula la quale già si differenzia come nucleo cartilagineo verso la 9ª-10ª settimana della vita fetale senza essere in connessione col tendine del quadricipite. Una bi- o pluri- divisione di questo nucleo nella vita intrauterina avrebbe un fondamento nello sviluppo di altri animali specialmente nei roditori. Però in questi animali la rotula è divisa in due parti uguali, ciò che non si osserva mai nell'uomo. Per cui tale patogenesi non sembra esatta. Piuttosto è da pensare ad una alterazione nell'ossificazione la quale nella rotula umana si compie intorno al 6° anno che può secondo Odermatt che l'ha studiata radiograficamente cominciare anche a 4 anni. Da queste ricerche risulta che nella rotula si ha per lo più un solo nucleo di ossificazione ma in circa il 15 % se ne hanno due o diversi. Questa multiplicità di nuclei di ossificazione può essere a sua volta riportata ad un disturbo fetale della cartilagine oppure a trazioni varie del muscolo quadricipite, ipotesi avvalorata dalle esperienze nei ratti di Müller che ponendoli in forte flessione trovava una rotula divisa in due parti ineguali e dall'osservazione di Hachenbroch che in una ragazza di 15 anni con contrattura del ginocchio trovò un solco rotuleo orizzontale. Però con una distrazione dovuta al quadricipite come nella malattia di Schlatter si potrebbe spiegare soltanto la prima forma della rotula partita e non le altre due nelle quali si dovrebbe ammettere una distrazione laterale. Più verosimile sembra una patogenesi dovuta a collisione della rotula sul condilo esterno del femore, che presenta un margine tagliente, sotto le contrazioni del quadricipite. Questa semplice alterazione meccanica non basta a spiegare la patogenesi come per altre forme che vanno sotto il nome di osteocondropatie.

Nella rotula è stata descritta una forma di osteo-condrite dissecante e questa potrebbe avere una grande importanza per la patogenesi della patella partita. La bilateralità è una caratteristica dell'osteo-condrite del ginocchio, e spesso i segni clinici della osteo-condrite e della rotula partita sono simili. L'importanza della osteo-condrite viene convalidata dalle ricerche microscopiche che l'A. ha potuto compiere in un caso nel quale vennero asportati due piccoli noduli della rotula. Questi facevano notare la presenza di due noduli ossali in mezzo ad un tessuto ialino che presentava dei solchi. In qualche punto il tessuto interstiziale è uguale a quello delle vecchie cicatrici e i nuclei delle cellule ossee non si colorano. Questo aspetto istologico si può paragonare a quello delle pseudoartrosi. Si può pensare che per un trauma i due nuclei ossei si siano distaccati senza poter formare un callo. Il distacco è possibile per la conformazione tagliente del condilo esterno.

Concludendo la rotula partita è una deformità che ha la sua causa primitiva nella disposizione di vari nuclei ossei che rimangono staccati per le trazioni del quadricipite sul condilo esterno. La multiplicità dei nuclei ossei è un fenomeno congenito, la separazione dei nuclei avviene verosimilmente verso il 4° o 5° anno.

Clinicamente se non interviene un trauma i segni della patella partita possono rimanere inosservati.

La rotula si può mostrare a contorni normali, si può avere dolore, crepitazione e i segni di una artrite. La diagnosi è fatta dalla radiografia che deve essere bilaterale e con la quale può farsi la diagnosi differenziale con una frattura. (Regolarità del solco, posizione tipica, assenza di trauma, bilateralità).

Per il trattamento si consiglia un'asportazione nel caso di piccoli frammenti e quando questi hanno provocata un'artrite o producono dolore come in un caso dell'autore.

Un altro caso di patella bipartita è descritto da Zichengrem (*Brun's Beit. f. Klin. Chir.*, Bd. 148, H. 2) del reparto chirurgico dell'ospedale israelitico di Breslavia diretto da Gottstein.

R. BRANCATI.

La disarticolazione temporanea nelle varie affezioni del collo del piede.

(E. MERIEL. *Rev. de Chir.*, n. 7, 1929).

Il metodo è di Delbet che nel 1897 ricorse all'incisione traversale, interessante tutte le parti molli, tendini estensori compresi, per aprire le articolazioni del piede ed esplorarle.

L'autore ha applicato il metodo a 6 casi di tubercolosi del piede e se ne è trovato tanto soddisfatto che ha esteso il metodo con vantaggio anche ad altre lesioni del piede: fratture di Dupuytren consolidate in posizione viziosa, piedi equini, sia per fare l'astragalectomia che l'artrodesi.

In complesso l'A. ritiene che questa tecnica sia eccellente perchè adatta alle lesioni flogistiche e traumatiche del collo del piede.

Essa dà un accesso alle articolazioni della regione molto più facile di qualsiasi altro metodo operatorio, senza alcun rischio per la forma ed i movimenti del piede.

G. MATRONOLA.

PLASTICHE CUTANEE.

Sulle plastiche cutanee profonde.

(LOEWE. *Münchener Mediz. Wochenschr.*, t. LXXVI, n. 51).

In tutti i casi in cui si ha indicazione per una plastica tendinea, risponde allo scopo anche la plastica cutanea la quale a sua volta presenta i seguenti vantaggi: 1) una sola cicatrice; 2) guadagno di tempo in casi in cui non è stata possibile la preparazione di un secondo campo operatorio; 3) la maggior quan-

tità di materiale disponibile; 4) la migliore lavorabilità del tessuto cutaneo rispetto a quello fasciale; 5) la sua maggiore facilità a peduncolarsi.

L'A. dichiara insussistenti i pericoli che son stati fatti presenti a tale metodo: la maggiore facilità di infezione, l'insorgenza di tumori (in base al concetto di Kohnheim) la formazione di fistole. Le fistole insorgono con il metodo di Thier, ma vengono evitate con la sua tecnica. Egli asporta l'epidermide e il grasso, lasciando solo il derma. Abrade la epidermide, mentre altri la tagliano nettamente.

L'esito anatomico del derma adibito per le plastiche consiste in trasformazione in tessuto fibroso.

L'autore pratica questa, che egli non chiama metodo, ma « modificazione di tecnica » rispetto alle plastiche alla Kirchner.

Le indicazioni delle plastiche a lembo libero sono tutte quelle in cui sono indicate le pl. fasciali, cioè: plastiche di tendini, plastiche extra e endoaddominali, plastiche meningee, plastiche di nervi.

Più originali i casi in cui l'A. ha usato un *lembo peduncolato*. Egli riporta 12 casi di gastroptosi in cui ha fatto una gastropessi con una fetta di derma lunga 15 cm. e larga 1/2, peduncolata a livello del processo xifoideo, fissata allo stomaco come il leg. rotondo nell'operazione di Perthes-Vogel. Riporta casi di fissazione di lussazioni abituali della rotula e della spalla. In quest'ultimo caso l'A. prende un lembo di cute peduncolato sull'acromion, gli fa traversare la capsula, lo fa passare in un canale praticato col trapano nella testa dell'omero, e lo fissa alla diafisi, all'uscita del canale stesso.

Ottimi risultati dice di avere avuto in 2 casi di anchilosi dell'anca, praticando una osteotomia subtrocanterica, e frapponendo fra i 2 capi un grosso lembo di derma della reg. glutea. I movimenti di flessione ed estensione sono così permessi, quelli di ab- e adduzione no.

Infine riporta il caso di un'enorme ernia ombelicale che giungeva fino a metà della coscia. Egli staccò 2 lembi di 30 cm. × 5 dal bordo superiore dell'ernia, peduncolati al tronco a livello dell'ascellare anteriore, e se ne servì come di una ventriera sollevante e contenente l'enorme sacco.

ALDO CALÒ.

Risultati degli innesti epidermici alla Braun

(MANNHEIM. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 98, 1929).

Vengono riferiti i risultati osservati nella 1ª Clinica chirurgica di Berlino su l'impiego di innesti epidermici alla Braun e confrontati con i risultati di altre tecniche (di Thiersch, di Westhues). Il primo metodo si è dimostrato di gran lunga superiore perchè è stato possibile di applicarlo in piaghe ancora discretamente secernenti e su ferite recenti.

Anche i risultati lontani sono migliori perchè la cicatrice è più resistente, più soffice, quasi sempre provvista di sensibilità.

L'innesto epidermico alla Braun si differenzia da quello più conosciuto di Thiersch perchè invece di applicare sulla piaga un lembo intero, vengono innestate piccole porzioni di 2-4 mm. di lato lasciando tra l'una e l'altra uno spazio di almeno mezzo centimetro.

VALDONI.

Plastica cutanea semplice nella cura dell'ipospadia.

(MEYER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 155, fasc. 4, pag. 588, 1929).

L'A. ha così trattato due casi di ipospadia scrotale. In un primo tempo procede alla mobilizzazione dell'asta, praticando una incisione circolare alla base del glande e aggiungendo a questa una seconda incisione sul rafe mediano. Disseca poi dai corpi cavernosi il prepuzio e tutta la pelle dell'asta e, fatta una incisione dorsale, estrinseca attraverso questa il glande, fissando i margini della incisione alla base del glande. In questa maniera ottiene il raddrizzamento dell'asta e la presenza di pelle esuberante nella superficie ventrale, in modo da poter costruire, in secondo tempo, un tubo di pelle. Questo viene affondato con una sutura e va a terminare, distalmente sull'apice del glande dopo incisione ventrale del glande stesso. Segue poi l'anastomosi della nuova uretra all'orifizio scrotale.

L'epoca migliore per l'intervento è fra il 10° e 12° anno di età.

Tra il primo e il secondo tempo deve decorrere un intervallo di 4 mesi circa. La riunione della nuova uretra all'orifizio ipospadico viene fatta un mese dopo il secondo tempo facendo precedere sempre la derivazione ipogastrica dell'orina.

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Methods and Problems of Medical Education. Sixteenth Series. Un vol. in-4° di p. 251, con numerose tavole e figure. The Rockefeller Foundation, New York, 1930.

Questo volume è consacrato per intero agli Istituti di Anatomia, Istologia ed Embriologia.

Oltre a vari Istituti degli Stati Uniti (Baltimora, Filadelfia, New Orleans, ecc.) vi sono descritti molti Istituti appartenenti a tutte le parti del mondo: Tokio (Giappone), Sidney (Australia), Otago (Nuova Zelanda), Toronto (Canadà), Santiago (Cile), Berlino, Strasburgo, Bordeaux, Londra, Manchester, Edinburgo, Utrecht, Porto, Praga, Brno (Czecoslovacchia), Debreczen (Ungheria).

Nell'occasione, viene annunziata la dolorosa perdita del direttore di questa pubblicazione, dott. Richard Mills Pearce jr., direttore per le scienze mediche della Fondazione Rockefeller.

A. P.

R. Del Vecchio. *Per la protezione delle popolazioni civili in guerra.* Educazione Fascista, Roma.

L'A., dopo avere affermato che la guerra è un male inevitabile, e rimarrà tale fino a quando non si sia instaurato un assetto di giustizia economica tra i varii popoli, rivendica all'Italia il vanto degli sforzi intesi a rendere più umana la guerra.

Inspirandosi all'opera di Ferdinando Palasciano, che fu il precursore della Croce Rossa, l'Italia dovrebbe farsi iniziatrice di accordi per assicurare, in caso di guerra, l'incolumità delle popolazioni civili. *a. a.*

P. Le Gendre. *Du quartier latin à l'Académie. Réminiscences.* Un vol. in-16°, di 530 pag. N. Maloine, Paris, 1930. Prezzo frs. 30.

Nella prima parte di questo libro, riviviamo la vita agitata e la faticosa ascesa di un medico, dagli anni di « bohème » dello studentato, alle non poche difficoltà nell'esercizio professionale e nella conquista di un posto al sole, il titolo di professore, l'iscrizione a membro dell'Accademia di medicina. (Il nome dell'A. del resto, è noto agli studiosi anche per il sintomo che va appunto sotto il suo nome). Luci ed ombre nella vita di studioso, a cui non è estranea una simpatica scapigliatura, le quali ci presentano le condizioni degli studî e dell'esercizio professionale, le figure più eminenti in un lungo periodo, che va dagli ultimi 20-30 anni del secolo scorso ai primi 20 di questo.

La seconda parte « Crin-crin d'un mire », che potrebbe tradursi: « Le strimpellature di un vecchio medico » (Mire, in francese arcaico significa appunto vecchio medico) consiste di poesie su svariati argomenti, caldi riflessi di un animo sensibile — del tutto estranei alla medicina — espressi in versi fluidi e tranquilli.

Libro di gradita lettura per le « horae subsecivae ». *fil.*

R. Alcala Santaella. *Compendio de Historia de la Anatomia.* Un vol. in-16° di pag. 257. J. Morata, ed. Madrid, 1930.

L'A. fa una diligente storia dell'anatomia dalle prime osservazioni degli antichi fino ai nostri giorni. Mette in rilievo il glorioso periodo dei nostri anatomici dei secoli XVI e XVII, non trascurando quelli recenti (Golgi, Giacomini, Ruffini, Livini, Lugaro, Martinotti). Si diffonde notevolmente su quelli spagnuoli, specialmente recenti, raffrontando le scuole spagnuola ed italiana che, nei tempi recenti, hanno avuto nomi che possono paragonarsi fra loro, mentre invece gli italiani hanno avuto un posto preminente e più solido nella storia più antica dell'anatomia.

Seguono copiose indicazioni bibliografiche ed un capitolo sull'avvenire dell'anatomia. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 maggio 1930.

Presiede il prof. S. Baglioni, vice-presidente.

La differenza artero-venosa nel contenuto in gas del sangue quale elemento per l'esame funzionale dell'attività circolatoria.

Prof. Meldolesi e M. Pons. — Il prof. Meldolesi riferisce su numerose esperienze fatte in svariate condizioni di alterata attività circolatoria, sulla artero-venosa nel contenuto del gas nel sangue. Tra le altre deduzioni pone in rilievo l'appoggio che i risultati delle sue ricerche dànno alla nota teoria del prof. Arcangeli sulla genesi della cianosi.

Il prof. Arcangeli vorrebbe che venisse tenuto conto anche della respirazione cutanea. Consiglia di studiare la differenziazione dell'asma bronchiale dall'asma cardiaca.

Potere emolitico nel sangue della vena splenica.

Prof. M. Ghiron. — L'O. riferisce su ricerche da lui fatte sul potere emolitico nel sangue della vena splenica e ne deduce che in alcune forme morbose emolitiche, si tratta di una esagerazione di un'attività fisiologica della milza.

Acetato talloso ed ematoporfirina.

Prof. P. Testoni. — In relazione alle molteplici analogie di azione esistente fra il tallio ed il piombo, l'O. ha voluto indagare se, nella intossicazione sperimentale da tallio, si manifestasse, co-

me sintoma caratteristico, l'ematoporfinuria, similmente a quanto avviene nella intossicazione da piombo.

Tanto negli animali (cani e conigli) trattati con dosi terapeutiche di acetato talloso, *per os*, quanto in quelli trattati con dosi tossiche del farmaco (avvelenamento acuto e cronico), non si riuscì a dimostrare traccia alcuna di ematoporfirina nelle urine.

Indicazioni, vantaggi e tecnica della puntura ventricolare nei tumori dell'encefalo.

Prof. G. AYALA. — Da un decennio a questa parte l'uso della puntura ventricolare è andato sempre più diffondendosi. In base alle esperienze personali e alla letteratura, l'O. crede di poter affermare che questo piccolo intervento meriti di essere praticato molto più frequentemente di quel che non si faccia per timore di danni e pericoli certamente esistenti, ma esagerati. Accenna alla importanza dell'esame del liquor ventricolare in paragone a quello lombare e alle iniezioni nei ventricoli cerebrali di sostanze medicamentose e di sieri specifici (ventricoliti purulente) o di sieri salvarsanizzati (demenza paralitica); iniezioni che, secondo l'esperienza personale, possono essere vantaggiosamente sostituite dalle iniezioni intracisternali.

L'O. s'intrattiene specialmente sulla P. V. nei tumori cerebrali, ricordando il risultato dell'esame del liquido ventricolare, riportati in un lavoro del 1926: dimostra, in base alle esperienze successive, quali vantaggi questa puntura possa recare ai fini diagnostici e curativi. A mezzo di essa, infatti, è possibile constatare, indipendentemente dalla ventricolografia, l'esistenza o meno di un aumento dell'ampiezza e della tensione dei ventricoli, il grado e la natura ostruttiva o non ostruttiva, di un idrocefalo interno. Constatazione che facilita, p. es., la diagnosi differenziale fra tumore dei lobi frontali e tumore del cervelletto, con sindromi cliniche poco chiare e molto simili tra loro. Maggiori vantaggi si possono continuare dalla P. V. eseguita dai due lati o meglio contemporaneamente alla P. L., e misurando le pressioni relative dei due sistemi di cavità contenenti liquor ed esaminando i comportamenti chimico e citologico di due liquidi. La dimostrazione dell'ostruzione delle comunicazioni ventricolo-subaracnoidali riesce facile iniettando nei ventricoli delle sostanze coloranti, come ha proposto Frazier. Si sofferma specialmente sulle storie di dieci fra i suoi casi personali in cui la V. P. permise di confermare e di chiarire le diagnosi, anche a prescindere dalle radiografie che proietta ed illustra.

Non minore è l'importanza della P. V. eseguita a scopo curativo sopratutto per combattere la sindrome di ipertensione intracranica, che episodicamente può sboccare in fenomeni gravissimi bulbari, i quali compromettono la vita del paziente. La P. V. eseguita tempestivamente può salvare la vita di questi individui; invece riesce quasi sempre fatale quando specialmente esiste un idrocefalo interno di alto grado per tumore della fossa cranica posteriore e specialmente del IV ventricolo. In due dei malati che presenta vi è una evidente dimostrazione della importanza risolutiva per combattere la ipertensione acuta intracranica con la P. V. Uno di questi pazienti (tumor sellae) giunse sul tavolo operatorio in stato subcotoso e cieco: alla fine dell'estrazione del liquor il paziente riprese la coscienza e da più di due mesi ha un visus ridotto, ma è in condizioni di rimanere in famiglia e sopportare la radioterapia. Nell'altro caso si tratta di una giovinetta che nel 1927 presentava la sindrome di un tumore dell'emisfero destro del cervelletto; dopo la cura il miglioramento fu immediato e notevole e permise di fare varie serie di applicazioni radioterapiche, che hanno fatto quasi scomparire la sindrome cerebellare. Nella terza paziente (tumore dell'ipofisi) mediante punture ventricolari e la radioterapia, è stato possibile farla sopravvivere per più di sei anni: due volte almeno la P. V. salvò questa paziente da un gravissimo stato quasi agonico. Non meno interessanti sono gli altri casi personali brevemente illustrati.

La ormai non breve esperienza personale induce l'O. a ritenere che la P. V. praticata in tutti i casi di tumore cerebrale, anche a prescindere dall'eseguire o meno la ventricolografia, per chiarire diagnosi dubbie e per vincere episodi acuti di ipertensione intracranica, riduce, per quanto è possibile, la sindrome ai soli sintomi locali. È importante sopratutto far precedere la P. V. di qualche giorno l'intervento operativo o le applicazioni radioterapiche, sia per mettere il paziente in condizioni di portarla meglio, sia per avere la breccia pronta da usare durante l'intervento o in casi di moleste reazioni provocate dalla radiografia.

Circa la tecnica operatoria, si limita a rilevare, in base alla esperienza personale, l'opportunità e le indicazioni di eseguire la puntura di uno o dell'altro dei corni del ventricolo laterale trapanando in uno dei tanti punti di elezione consigliati dagli AA. L'O. preferisce però, a scopo curativo, e diagnostico, pungere il corno frontale o meglio il crocevia dei ventricoli. Dopo ricerche su cadaveri con i ventricoli iniettati con sostanza opaca, mediante prove radiografiche crede di poter servirsi, per penetrare nel suddetto crocevia, di un punto posto a cm. 3 circa all'esterno della linea sagittale mediana e circa cm. 2 indietro della linea bisauricolare che incrocia ad angolo retto la prima. Avendo l'O. constatato che i disturbi post-puntori sono minori nei casi di idrocefalo di grado elevato, se si inietta dell'aria nei ventricoli, pratica queste iniezioni anche non volendo o non potendo eseguire la ventricolografia. La piccola quantità di aria oltre a impedire il collasso dei ventricoli, ritarda il formarsi del liquor.

Il prof. EGIDI è d'accordo con l'O. sull'importanza terapeutica del metodo, ritiene però che si sia esagerato nell'estenderlo troppo. È d'accordo nel riconoscere al fattore *decompressione* la ragione del miglioramento del paziente. Dissente per quanto concerne la diagnostica e ritiene che la ventricolografia merita molta importanza. A sostegno dimostra numerose proiezioni.

Il prof. PARISOTTI ricorda suoi precedenti lavori nei quali ha posto in rilievo l'importanza da assegnare al sintomo pupilla da stasi, e chiede se l'O. ne abbia tenuto il dovuto conto nelle sue osservazioni.

Risponde ad entrambi il prof. AYALA.

Nuove proprietà biochimiche dei pigmenti biliari; potere emolitico e potere agglutinante della bilirubina.

Prof. A. Clementi e dott. F. Condorelli. — L'O. dopo aver esposto le esperienze fatte, conclude:

1) la bilirubina è una sostanza dotata di un notevole potere agglutinante ed emolitico rispetto alle emazie delle più svariate specie animali;

2) il potere agglutinante è più intenso del potere emolitico; infatti, mentre l'agglutinazione si presenta immediatamente dopo l'aggiunta della bilirubina, l'emolisi si presenta dopo molte ore; inoltre in determinati limiti di diluzione, mentre l'agglutinamento delle emazie, è presente, l'emolisi è negativa;

3) il limite minimo di concentrazione, in cui ancora la bilirubina esplica la sua azione agglutinante sulle emazie, è vicino alla concentrazione di 1: 30.000 circa;

4) la bilirubina, dopo la sua ossidazione e trasformazione parziale in biliverdina, presenta un fortissimo indebolimento del suo potere agglutinante sulle emazie e del suo potere emolitico; quest'ultimo può anche risultare completamente negativo almeno per le concentrazioni, in cui ancora è possibile l'osservazione della emolisi, la quale è impedita, oltre certi limiti di concentrazione, dal colore della biliverdina;

5) il potere agglutinante della bilirubina sulle emazie (uomo, bue) è inibito dal siero di sangue (uomo, bue) e dai sali biliari (glicocolato e taurocolato di sodio;

6) il potere emolitico della bilirubina è inibito dal siero di sangue (uomo, bue), mentre viene rinforzato dai sali biliari. In questo caso è evidentemente per la sommazione sinergica dell'azione emolitica da essi esercitata con quella propria della bilirubina.

Surrenalectomia e gangliectomie lombari in casi di disturbi vascolari degli arti inferiori.

Prof. A. Chiasserini. — L'O. riferisce sui risultati recenti di una surrenalectomia sinistra e di tre asportazioni unilaterali della catena gangliare simpatica lombare in casi da disturbi vascolari degli arti inferiori (tromboangioite obliterante, trombosi della femorale, ecc.). L'esito della surrenalectomia è stato nullo; mentre assai favorevole è stato quello consecutivo agli interventi sul simpatico lombare.

Il dott. V. Ghiron desidera aggiungere qualche parola a quanto ha detto il prof. Chiasserini, tanto più che il prof. Chiasserini ha riportato in discussione la questione già sollevata dall'O. al Congresso di Genova sui risultati delle due operazioni proposte per la cura di alcuni tipi di cangrena degli arti: la surrenalectomia e la ganglionectomia. Di questa ha già parlato il prof. Alessandri, in questa Accademia, nell'esporre il caso operato da ambo i lati con successo per la malattia di Bürger degli arti superiori. In questo caso è stata fatta la ganglionectomia dell'ultima cervicale e dei due primi dorsali. Anche l'O. due mesi e mezzo fa ha eseguito una ganglionectomia lombo-sacrale per malattia di Bürger dell'arto inferiore destro con cangrena del dorso del piede e delle dita, con risultato soddisfacente. Egli si associa completamente a quanto dice il prof. Chiasserini circa i benèfici effetti notati dopo questo intervento sulle affezioni vasali degli arti, non solo quelle dovute a disturbo angionevrotico, ma anche per quelli in cui vi è a base della sindrome una lesione anatomica a tipo occlusivo. Egli si associa pure al concetto che l'azione sedativa sul dolore sia dovuta essenzialmente alla cessazione dello spasmo vasale (e non a diminuzione della sensibilità, la quale è conservata completamente); spasmo vasale che anche nelle angioiti obliteranti è fattore importante dell'ischemia locale.

L'O. desidera pure aggiungere, riguardo ad un altro particolare di tecnica, sul modo migliore di giungere a destra alla catena gangliare, di aver seguito il metodo originale descritto da Adson e di essersene trovato bene. Questo O. dopo aver aperto l'addome e posto il malato in Trendelenburg, rovescia verso la parte alta dell'addome la massa dell'intestino tenue fino all'angolo ileo-cecale e così arriva al peritoneo posteriore che incide in prossimità della vena cava. In tal modo non vi è pericolo di ledere l'uretere e i suoi vasi che rimangono lateralmente. Invece il prof. Chiasserini — se egli ha bene afferrato le sue parole — scolla il cieco e parte del colon ascendente. Data la distanza che dista tra la colonna vertebrale dove è addossata la catena gangliare e il ceco, ritiene che questo tempo dell'operazione rappresenti una complicazione e preferisce rimanere fedele al metodo descritto da Adson. Infine tiene a ricordare come molto spesso esistano numerosi vasi che partendo dalla cava vanno alla parete lombare passando sopra al simpatico e che bisogna interrompere di necessità. Questo, come riporta anche Adson nella sua memoria, rappresenta il tempo più noioso dell'intervento data la profondità in cui si deve afferrare e legare questi piccoli vasi.

Il Vice-Segretario: M. Almagià.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 9 maggio 1930-VIII.
Presidente: Prof. Balp.

Sulla presenza di cellule nervose sensitive nelle radici anteriori del midollo.

Dott. M. Piolti. — L'O. riscontrò la presenza di numerose cellule nervose nelle radici anteriori del midollo di gatto, di cavia e di uomo; ne riscontrò pure qualcuna nel cane. Egli dimostra la natura sensitiva e, in base a criterii metrici e morfologici, le paragona alle cellule piccole oscure dei gangli spinali.

Afferma che questi elementi possono costituire la base anatomica di una sensibilità a localizzazione ventrale, riscontrata clinicamente e sperimentalmente.

Rapporto tra la reazione Wassermann locale e la R. W. sul siero di sangue e sul liquido di bolla.

Dott. F. Franchi. — Sono stati esaminati 32 pazienti, di cui 19 erano portatori di sifilide ai genitali e 13 di papule umide pure ai genitali; la sierosità è stata aspirata mediante coppette; il siero estratto era di colorito giallo leggermente citrino, non misto a sangue.

La ricerca del treponema nelle lesioni è riuscita negativa solo in quattro casi.

La R. W. è stata eseguita non solo sul siero alla dose di 0,10 cc., ma anche sulla diluizione dei sieri, in soluzione fisiologica, sino a quella di 1: 50.

La reazione Meinicke, quando si è potuta fare ha dato risultati concordi con la R. W.

Riassumendo nei casi di sifiloma iniziale e delle papule si ottenne che nel 79,92 % dei casi il potere di deviazione del siero di sangue è stato maggiore di quello del siero delle lesioni, nel 6,66 % uguale ed inoltre di gran lunga superiore a quello del liquido di bolla (nell'89,92 per cento), superiorità che, malauguratamente, non ha potuto controllare al suo inizio per la scarsità dei casi esaminati nel periodo presierologico.

Il liquido di bolla nel periodo primario dell'infezione ha dato una bassa percentuale di casi positivi (52,60 %) in confronto degli altri due sieri.

Seduta del 16 maggio 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Le modificazioni del sistema vascolare del rene in seguito alla decapsulazione.

Prof. A. DOGLIOTTI e Dott. M. MAIRANO. — Gli OO. non ritengono che il metodo radiografico dia sufficenti particolari sulla struttura vascolare; perciò hanno eseguito il metodo di Hinmann, che consiste nell'iniezione endovasale di una soluzione di cellulosa e canfora in acetone. In un secondo tempo con una soluzione di acido cloridrico e pepsina si digerisce in termostato a 37° tutta la parte organica del rene, mettendo a nudo il getto vascolare.

I preparati ottenuti in tal modo e presentati alla seduta, forniscono particolari strutturali finissimi avendo ottenuto l'iniezione anche dei più minuscoli rami precapillari arteriosi e venosi.

Lo studio di questi preparati ha permesso di concludere che dopo la decapsulazione si produce nel rene una iperemia che interessa quasi esclusivamente la corticale e che ha una durata transitoria di 25-35 giorni circa.

Nei preparati si osserva in questo periodo una leggera dilatazione delle arterie e delle vene interlobulari e da un considerevole aumento numerico dei vasi iniettati, per cui si deduce che una parte dei piccoli vasi e di precapillari, che in regime di economia normale hanno un calibro e una portata sanguigna molto esigui, oppure sono del tutto chiusi al circolo, di fronte alle maggiori richieste funzionali prontamente si dilatano ed aumentano la portata di sangue.

La rapidità e la generosità con la quale l'organismo risponde alla lesione del rene coll'iperemia è probabilmente dovuta al fatto che la capsula fibrosa, essendo come è noto, ricca di terminazioni nervose costituisce un organo ad alto potere reflessogeno dal quale si dipartono verso i centri nervosi vasoregolatori potenti stimolazioni.

Gli OO. hanno anche potuto accertare che dopo la decapsulazione non si riformano affatto vie vasali collaterali fra rene e tessuti circostanti come molti AA. hanno affermato; la decapsulazione inoltre distrugge gli esigui e scarsi vasi che in condizioni normali attraversano la capsula fibrosa per esaurirsi in quella adiposa.

Nel periodo di iperemia che segue alla decapsulazione hanno potuto dimostrare col metodo della circolazione artificiale che la capacità circolatoria del rene decapsulato è aumentata in confronto di quella del rene normale.

Nuove ricerche sulla patogenesi della occlusione intestinale alta.

Prof. A. DOGLIOTTI e Dott. M. MAIRANO. — Gli OO. comunicano di avere continuato le loro ricerche sul meccanismo d'azione dell'occlusione intestinale e sulle cause di morte negli stati occlusivi.

Ripetendo le esperienze di Drapier Moris e di Roger praticando cioè la gastroenterostomia e dopo 10-15 giorni, occlusione del duodeno, sotto lo sbocco del dotto epatico e pancreatico, non osservarono mai disturbi sensibili. Tutti gli animali sono sopravissuti in ottime condizioni generali. Ritengono gli OO. che nell'occlusione alta le cause di morte siano essenzialmente la declorurazione e la disidratazione dell'organismo secondarie alla ipersecrezione riflessa della mucosa gastrica (secreto ricco di NaCl), del fegato e del pancreas. Non ritengono invece che abbia valore fondamentale il fattore tossico cui fu data tanta importanza in seguito ai risultati sperimentali di Drapier Moris e Roger.

Il Segretario: G. V.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta ordinaria del 29 maggio 1930.

Presidenza del prof. D'ALESSANDRO.

Prof. D'ALESSANDRO e Prof. VITERBI. — Commemorazione del compianto prof. Amilcare Bietti, che ha onorato nella scienza e nella vita la terra Bergamasca.

Un caso di isterismo grave.

Dott. CASTELLI. — Trattasi di un caso di quella che Dieulafoy definì patomimia. Una fanciulla quindicenne, senza moventi psichici apparenti, era riuscita a prodursi una elefantiasi con edema bleu agli arti inferiori, mediante applicazioni di un laccio alle coscie durante la notte. L'O. tratta dell'indagine psichica e dei moventi psicologici nella finzione isterica.

Due casi di acromegalia con diabete mellito.

Dott. L. CAVAZZENI. — L'O. riferisce su due casi di acromegalia e diabete mellito sottoposti entrambi a Radioterapia della ipofisi ed a cura insulinica.

Il diabete mellito legato alla disfunzione ipofisaria, pur dimostrandosi abbastanza bene tollerato dalle malate nonostante la glicosuria assai alta, si rivelò assai resistente oltrechè alla cura insulinica, anche alla influenza dei raggi X. Per gli altri sintomi acromegalici si ebbe sensibile miglioramento, così come migliorata ne fu la sonnolenza.

Il Segretario: A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Su alcune particolari e poco note alterazioni dei corpi vertebrali e dei dischi intervertebrali.

G. D'Amato (*Rivista di Radiol. Medica*, vol. I, fasc. V), da una serie di ricerche radiografiche, richiamando l'attenzione su particolari alterazioni dei corpi vertebrali determinate dalla penetrazione di componenti del disco intervertebrale negli strati subcondrali della spongiosa e considerando sopratutto la frequenza con la quale tali alterazioni si riscontrano nelle colonne vertebrali di individui affetti da lesioni spondilitiche avanzate, ritiene che la causa prima della comparsa dei noduli cartilaginei sia rappresentata da un processo carioso molto limitato, avente sede negli strati subcondrali della spongiosa del corpo vertebrale.

Dal punto di vista clinico sarebbe di somma importanza il rilievo di quali imponenti sintomi possono accompagnare lesioni così limitate. Dal punto di vista radiologico il rilievo di tali alterazioni avrebbe un grande valore perchè permetterebbe di stabilire la sede e l'esistenza d'un processo spondilitico tbc. la cui presenza viene a volte negata dal radiologo in base a ritenuta insufficienza del reperto.

Per quanto riguarda le calcificazioni a sede nei dischi intervertebrali, dopo averne descritto un caso, ammette la possibilità d'un'origine traumatica od infettiva. BUCCI.

Sulla diagnosi precoce delle metastasi cancerose nello scheletro.

Kienboch (*Wiener Mediz. Woch.*, n. 44, 1928) studia in questo lavoro solamente quei casi nei quali i sintomi morbosi sono evidenti solo da parte dello scheletro, mentre il focolaio primario o passa completamente inavvertito, o è talmente insignificante che non determina sintomi apprezzabili.

La sintomatologia da parte dello scheletro può essere varia: gli infermi si lamentano di dolori, o soltanto di debolezza del segmento affetto, hanno frequentemente tendenza alle fratture spontanee, non sono mai cachettici. Localmente esiste tumefazione e dolore più o meno accentuato alla pressione.

Queste metastasi possono classificarsi in due grandi gruppi, ognuno dei quali a sua volta presenta delle suddivisioni: *osteolitiche*, o distruttive del tessuto osseo, le più frequenti, e *osteopoietiche*, più rare. Ambedue possono presentarsi sia nella forma diffusa che nodulare.

Il quadro radiologico è unico. Una zona di aspetto più o meno chiaro, circoscritta o a contorni diffusi, molto spesso scoperta incidentalmente durante l'osservazione di una frattura spontanea, i cui sintomi radiologici si sovrappongono naturalmente a quelli del tumore.

La diagnosi differenziale offre spesso difficoltà, sopratutto con la osteite cistica, con il m. di Paget, con il mieloma. Come trattamento, a seconda della struttura del tumore, sarà indicata la radioterapia o la resezione chirurgica. A. POZZI.

CASISTICA.

La nevralgia brachiale.

Argomento di grande interesse pratico, sebbene trascurato dalla maggior parte degli autori, tanto che vi si accenna appena nei trattati e scarsi sono i lavori che se ne occupano.

Essa è abbastanza frequente. M. Roch (*Riforma medica*, 21 dicembre 1929) osserva per Ginevra che le nevralgie brachiali o cervico-brachiali rappresentano solo il 5 % delle nevralgie ospedalizzate, poche quindi, in confronto delle nevralgie sciatiche; altri autori (Bernhardt) danno invece, per i malati di ambulatorio una proporzione del 15 %. La divergenza è spiegabile col fatto che, mentre le sciatiche costringono al letto, i malati di nevralgia brachiale sono il più spesso trattati ambulatoriamente. E, di fatto, per malati di ambulatorio, Ramond e Roger arrivano ad ammettere che il loro numero può sorpassare quello delle sciaticalgie.

Il *quadro clinico* è del tutto analogo con quello della sciatica. Inizio talora brusco, più spesso graduale: dolori cervicali vaghi, torcicollo, formicolii, poi predominio del sintoma dolore. Questo è quasi costante, con esacerbazioni violente, talora in determinate ore del giorno. I dolori hanno spesso sede lungo il margine radiale, ma frequentemente anche da quello ulnare. Vi sono anche punti dolorosi alla pressione e dolore provocato con certe manovre.

I malati, per evitare la distensione dei tronchi nervosi, tendono ad inclinare la testa dal lato colpito, sostengono l'avambraccio con la mano sana, camminano a passi misurati e cauti. Poco notevoli sono le alterazioni della sensibilità obbiettiva ed i disturbi motori, salvo in casi eccezionali, in cui si può arrivare all'atrofia muscolare con perdita dei riflessi, nevriti più che nevralgie.

La *diagnosi* non offre grandi difficoltà. Come *causa*, non rimane, il più delle volte, che invocare il reumatismo. Con tutta probabilità, anche la nevralgia brachiale dipenderebbe da lesioni articolari o periostee localizzate in corrispondenza dei fori di coniugazione; sarebbe quindi anch'essa una neurodocite, compressione od irritazione del nervo nella regione intermedia fra le radici dette intrarachidee ed il plesso.

Per quanto riguarda la *cura*, si prescriverà anzitutto una cura generale antiartritica: gli abituali medicamenti antireumatici, il salicilato, l'aspirina, il colchico, degli antinevralgici più attivi, come la fenacetina ed il piramidone. Localmente, si faranno delle revulsioni con punte di fuoco presso la colonna vertebrale, delle senapizzazioni, si applicheranno delle ventose. Utili possono essere delle pomate antianalgesiche. Si potranno praticare la radioterapia, la jonizzazione, la diatermia (che dà talora risultati sorprendenti), il massaggio (grande prudenza!). In qualche caso, ha dato successo l'iniezione di aria sterilizzata, Ramond e Durand propongono anche l'iniezione di aria nella cavità sinoviale dell'articolazione della spalla, quando la nevralgia è complicata con artrite. Si dovrà talora ricorrere all'anestesia regionale con iniezioni paravertebrali di cocaina o di succedanei. Soltanto in casi eccezionali si faranno iniezioni di morfina (pericolo della morfinomania) che talora è utile, non solo perchè dà sollievo, ma perchè rompe il circolo vizioso, in quanto che il dolore può, di per se stesso, mantenere il processo irritativo.

Quando il malato è guarito del suo accesso, dovrà essere ancora sorvegliato e curato perchè la nevralgia brachiale tende a recidivare e quelli che ne hanno sofferto sono esposti, più degli altri, alle sciatiche e ad altre localizzazioni nevralgiche. *fil.*

Paralisi periferica bilaterale sifilitica del facciale.

S. Frankl (*Münch. med. Wochenschr.*, n. 9, 1929) riferisce il caso di una giovane donna, di anni 23, la quale, contagiatasi di sifilide, prima della comparsa di qualsiasi manifestazione cutanea, presentò la paralisi unilaterale, che presto diventò bilaterale, del facciale. Tale paralisi migliorava rapidamente, e scompariva del tutto dopo tre settimane di cure antisifilitiche.

Questo caso fornisce l'occasione per ricordare che la sifilide nel suo stadio iniziale non solo produce manifestazioni cutanee e delle mucose, ma può produrre alterazioni negli organi profondi, e gravi lesioni dello stesso sistema nervoso. Quindi la sifilide dev'essere considerata come un'affezione generale, che fin dal suo inizio invade tutto l'organismo.

Fermandosi più strettamente alla paralisi del facciale, l'A. non condivide l'opinione di coloro che considerano tale lesione nervosa come un fatto di terziarismo precoce, ma pensa piuttosto che si possa trattare d'una nevralgia luetica, a tipo tossico, analogamente a quanto si osserva nelle paralisi tossiche da piombo, alcool, ecc.

Non è neppure accettabile l'opinione di coloro che considerano tali paralisi dipendenti non dalla sifilide, ma da una particolare predisposizione individuale, in cui la sifilide non avrebbe che messo in luce la lesione nervosa, così come potrebbe fare una semplice causa reumatica. Il caso riferito esclude tale possibilità, in quanto la cura specifica è stata sufficiente a guarire completamente la lesione nervosa. Carusi.

Tumori primitivi dei nervi del collo e del mediastino.

Sono tumori rari di cui G. W. Crile e R. P. Ball (*Soc. Gyn. Obst.*, 1929) non hanno trovato che 16 casi nella letteratura a cui vanno aggiunti 3 casi che riportano.

Sono tumori in partenza dai gangli simpatici del collo, a sviluppo sopratutto nella regione sopraclavicolare da cui spesso scendono nel mediastino anteriore. Nei casi degli AA. le dimensioni variavano da un piccolo mandarino ad un pugno di bambino ed erano sempre in rapporti stretti con la tiroide.

Istologicamente si trattò di un nerofibroma, di un simpaticoblastoma e di un ganglioneuroma.

Vennero operati due (1° e 3°), il 2° caso presentava una tale estensione nel mediastino che non era possibile estirparlo. Dei due casi il 1° morì di mediastinite purulenta, il 3° guarì perfettamente.

La diagnosi di tumefazione a carico della tiroide o dei gangli linfatici è quella che viene fatta abitualmente non essendovi segni particolari che possano far pensare a questi tumori. V. Ghiron.

TERAPIA.

L'azione dei derivati della fenilchinoleina sul fegato.

I derivati della fenilchinoleina, di cui il più noto è l'atophan, sono usati con successo in molte forme a tipo reumatico o gottose.

P. Lambin (*Rev. Belge des Sc. Méd.*, n. 9 nov. 1929) riferisce le ricerche fatte sull'azione dell'atophan in rapporto alla cellula epatica.

Fin dal 1924 Brugsch e Horster avevano notato che l'atophan somministrato per os o per iniezioni quadruplicava il volume della bile escreta, e aumentava l'eliminazione pigmentaria. In seguito Chabrol e Maximin confermarono tale fatto, e stabilirono che l'atophan non agisce come un banale colagogo, sia contraendo la vescichetta, sia diluendo la bile; ma come un vero e proprio coleretico, eccitando l'attività escretrice della cellula epatica. Mettendo a profitto tale azione, l'atophan è stato usato con esito favorevole in alcuni itteri, e specialmente nell'ittero catarrale.

Accanto a questi benefici ottenuti con l'atophan nell'insufficienza epatica, si sono accumulate una gran quantità di osservazioni, le quali riferiscono sull'intossicazione che si provoca con l'uso di tale sostanza; sono riferiti anche una dozzina di casi seguiti da morte.

I sintomi dell'intossicazione sono costituiti dall'ittero, disturbi digestivi (anoressia, vomiti, diarrea), cefalea. Si possono ancora noscarlattina; e se l'intossicazione epatica è più tare eruzioni cutanee a tipo d'orticaria o di intensa, si ha un ittero marcato, con feci aco-

liche, porpora, agitazione e coma. Se non sopravviene la morte, nel fegato si producono processi cicatriziali, che possono dar luogo ad atrofia dell'organo, ed a disturbi della circolazione portale.

I disturbi notati sono generalmente legati alla dose del medicamento, ed insorgono o per una dose troppo massiva, o per l'uso prolungato di dosi medie.

Tuttavia i benefici di tali droghe sono troppo superiori ai probabili accidenti, per poter proscriverne l'uso; bisognerà piuttosto tener conto che i derivati fenilchinoleinici non vanno somministrati ad ammalati con insufficienza epatica; si daranno ad intervalli e non in modo continuo, cioè 4 giorni di seguito, e alcuni giorni di riposo; si sopprimerà il medicamento al primo segno d'intolleranza, sostituendolo con l'insulina, trattamento di scelta degli stati d'insufficienza epatica.

CARUSI.

La coledoco-duodenostomia come cura della calcolosi biliare.

Per la cura chirurgica dell'occlusione calcolosa del coledoco e della colangite, il drenaggio dell'epatico sec. Kehr è una terapia poco indicata, perchè i suoi risultati immediati sono poco soddisfacenti e quelli lontani poco completi. Perchè la colangite possa guarire e perchè manchino disturbi a distanza è necessario che la bile possa scaricarsi nel duodeno senza il minimo ostacolo. Questo può essere ottenuto con una sovradistensione permanente dello sfintere di Oddi in modo da escluderne la funzione, sovradistensione provocata da metodi di dilatazione o da una sezione della papilla. Si può raggiungere lo stesso risultato con una anastomosi tra coledoco e duodeno o per via transduodenale con la porzione retroduodenale del coledoco (C. D. interna) o per via sopraduodenale con la porzione libera del coledoco (C. D. esterna). La scelta dei due metodi dipende dai risultati immediati e da quelli lontani che si raggiungono.

Finsterer (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 156, pag. 417, 1929) sulla base della sua esperienza personale, consiglia di praticare la coledoco-duodenostomia esterna, in tutti quei casi nei quali c'è un ostacolo al deflusso della bile. A premunirsi contro i pericoli postoperatorî è necessario di aggiungervi sempre un drenaggio accurato della cavità addominale. VALDONI.

IGIENE.

Valore e durata dell'immunità conferita dall'anatossina difterica.

Ramon e Debré (*Bull. de l'Ac. de Méd. de Paris*, n. 8, 25 febbr. 1930) hanno studiato tali problemi connessi con la vaccinazione antidifterica, praticando il dosaggio dell'antitossina nel siero dei bambini vaccinati.

Si sono serviti a tale scopo di 105 bambini degenti nell'Ospedale Marittimo di Berck, preparando delle miscele contenenti ciascuna la quantità di tossina pari a 1/30 di L+ (cioè tre dosi mortali per la cavia) e dei volumi variabili di siero da dosare. Queste miscele venivano poi sperimentate su cavie di 250 gr.

Hanno così dimostrato che la vaccinazione all'anatossina permette d'immunizzare il 96 per cento dei soggetti, ammesso che un soggetto con Schick negativa e col siero contenente più di 1/30 di unità antitossica debba considerarsi protetto verso la difterite, o almeno contro ogni attacco grave della malattia.

In 9 su 10 dei vaccinati, il siero mostrò un potere antitossico superiore a 1/10 di unità, beneficiando quindi di una immunità assai solida.

Si è poi messa in evidenza l'utilità di una quarta iniezione nei soggetti che risultano non immunizzati dopo la serie abituale, nonchè la utilità di lunghi intervalli tra 2 iniezioni.

L'età del bambino al momento della vaccinazione ha valore nel senso che la percentuale di sieri ricchi in antitossina è tanto più forte, per quanto i bambini sono stati vaccinati in età più avanzata.

Il contatto con soggetti sofferenti di difterite, probabilmente non modifica il tenore in antiossina del siero del bambino vaccinato.

È stato infine constato che, anche nei vaccinati da più di 4 anni, solo il 2.5 per cento non ha immunità protettiva, mentre sieri ricchi in antitossina sono constatabili nel 95 per cento dei bambini vaccinati da più di 4 anni; nel 95 per cento di quelli vaccinati da più di 3 anni; nell'89 per cento di quelli vaccinati da più di 2 anni; nell'82 per cento di quelli vaccinati da più di 1 anno.

L'immunità conferita per mezzo della vaccinazione antidifterica con l'anatossina persiste dunque a lungo, e senza indebolirsi.

M. FABERI.

La durata della vaccinazione antitifica.

Sulla dibattuta questione portano un contributo J. Chalier, Levrat, Mestrallet e Gaumond (*Journ. de méd. de Paris*, 16 ag. 1928) citando le osservazioni fatte nell'istituto in cui sono concentrati tutti i tifosi ospedalizzati dî Lione. La statistica comprende cinque anni (dal 1923 al 1927), con un totale di 605 casi quasi tutti al disopra dei 15 anni di età. Le donne sono in proporzione del 62,48 %, gli uomini in quella del 37,52 %, percentuale quasi costante in tutti gli anni. La maggior parte degli uomini si trova nel gruppo dai 10 ai 19 anni, mentre le donne si trovano in maggioranza nel gruppo da 20 a 29; fino ai 19 anni i due sessi sono colpiti quasi ugualmente (uomini 48,66 %), mentre al di là dei 20, le donne danno il 67,47 %. Gli individui vaccinati precedentemente erano in tutto 19, di cui 1 donna sola.

Sembra che, gli AA., al pari di Chauffard, attribuiscano la minore proporzione con cui vengono colpiti gli uomini alla vaccinazione subìta durante la guerra ed, in genere, durante il servizio militare e ne deducono che l'effetto della vaccinazione dura per alcuni anni. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 3598:

Per i metodi microchimici, veda: L. PINCUSSEN: *Mikromethodik*. G. Thieme, Leipzig. Per i metodi microchimici applicati al sangue, veda: J. A. MANDEL, H. STEUDEL: *Metodi minimetrici per l'esame del sangue*. G. B. Marsano, ed., Genova. *fil.*

Al dott. A. V. da S. S. M.:

Per la ricerca della glicemia col metodo colorimetrico, veda: J. A. MANDEL e H. STEUDEL: *Metodi minimetrici per l'esame del sangue*. G. B. Marsano, Genova. La preparazione delle soluzioni-campione è ivi indicata. Sull'uso dei colorimetri, veda i trattati generali. *fil.*

Al dott. E. M. di Koritzka (Albania):

Da informazioni assunte risulta che un medico albanese laureato a Costantinopoli per potere esercitare in Italia dovrebbe ottenere la convalida da una Università del Regno. C.

VARIA.

Moto e motore.

Il motore a scoppio ha ucciso il moto. L'uomo oggi si disloca con grande facilità e velocità. La vettura automobile ha reso possibile il trasporto di persone di tutti i ceti con grande rapidità e per grandi distanze. Perfino il treno ed il tram cedono ogni giorno terreno all'autoveicolo.

Il traffico si è avvantaggiato, ma l'uomo ha perduto l'abitudine del moto. La possibilità di superare distanze grandi o piccole in breve tempo, comodamente e con poca spesa, consigliano chiunque di adoperare i propri mezzi di locomozione.

Sarebbe un'eresia affermare che l'automobile ha prodotto del danno. Ma certo la medaglia ha anche il suo rovescio. Non è il caso di accennare alla frequenza degli infortuni. La mortalità per accidenti automobilistici ha raggiunto fastigi impressionanti, da paragonarsi a quella per le malattie più gravi e più diffuse. Le città sono diventate un vero inferno. Il rumore prodotto dal traffico automobilistico è fastidiosissimo, neurastenizzante. Lo sanno gli abitanti dei centri in qualche metropoli, dove si è voluto creare la zona del silenzio (*sic!*) sostituendo ai tram gli autobus.

Si potrebbe accennare anche all'ingente danno economico che deriva alle nazioni che non producono benzina, grassi e gomme e devono importare questi prodotti dall'estero.

Ma a parte tutto ciò è certo che con il perfezionamento dei mezzi di locomozione l'uomo si sposta di più, ma si muove di meno.

Quasi a compenso di questa deficienza sono in incremento tutte le forme di esercizii fisici. tutti gli sports. Ma questi sono riservati a pochi, ai ragazzi, ai giovani sopratutto, la gran massa degli uomini oggi fa giuocare poco i propri muscoli.

L'esercizio fisico per eccellenza, lo sport di tutti gli sports, il cammino, oggi si pratica poco.

Ciò riguarda sopratutto gli abitanti della città. Qui il numero delle automobili private cresce con progressione geometrica, ed il servizio delle autovetture pubbliche, degli autobus, dei trams rimane sempre inadeguato alle esigenze del pubblico. I problemi tramviari delle grandi città sono stati determinati dalla smania della velocità e della tendenza a camminare sempre meno.

Per spostamenti anche brevi si adopera il mezzo di trasporto. Gli impiegati non usano più recarsi a piedi agli uffici, anche se non lontani dalle loro abitazioni. I professionisti non si spostano se non in vettura. E perfino per montare a piani non elevati si esige l'ascensore.

La vita sedentaria prevale.

I giovani, i ragazzi suppliscono a questa mancanza di moto con gli sports, ma gli uomini che non possono praticarli per esigenze professionali o perchè in essi s'infiacchisce la volontà di praticarli, sono quelli che più risentono di questo stato di cose.

Si spiega così perchè aumentano i disturbi intestinali, gli sfiancamenti venosi, le malattie del ricambio, sopratutto l'obesità.

Tutti sanno come il moto moderato all'aria aperta attiva la circolazione, aumenta gli scambi respiratorii, irrobustisce i muscoli, tonicizza l'intestino, eccita il ricambio generale.

La mancanza di moto ha azioni inverse con gli immancabili riflessi su tutto lo stato generale dell'organismo, su tutta la produttività somatica e psichica.

Pochi oggi raggiungono i dieci chilometri di passeggio quotidiano consigliati a scopo di igiene.

La maggioranza dei cittadini non fa che i pochi chilometri necessari per gli spostamenti nella propria abitazione, negli uffici o per recarsi a prendere il mezzo di trasporto.

L'istinto della pigrizia prevale su ogni altra necessità, ed è alimentato dalla considerazione che adoperando l'automobile si risparmi tempo. Così la benzina che brucia nei motori risparmia la combustione degli idrati e dei grassi.

E ne viene danneggiata insieme l'economia e la salute. *argo.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVII. - Concorso: giudizio illegittimo.

La Commissione esaminatrice dei titoli per la nomina all'ufficio di medico condotto del Comune di Tiriolo, dichiarò non idoneo un concorrente, fondandosi sul rapporto informativo che era stato inviato dal Commissario prefettizio del Comune, circa il servizio interinale prestato dallo stesso concorrente, e sulla valutazione di alcune « prescrizioni » mediche, allegate al rapporto.

La Commissione fece esaminare le « prescrizioni » da un membro tecnico, il quale ne dedusse la incapacità professionale del concorrente.

La risoluzione della Commissione fu notificata all'interessato, il quale ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Si presentava una quistione preliminare. Generalmente, gli atti della Commissione sono preparatori del provvedimento conclusivo, cioè della *deliberazione* definitiva, e, quindi, non sono impugnabili in sede giurisdizionale, direttamente. Si può ricorrere contro la deliberazione del Comune, anche per vizio degli atti anteriori.

Nel caso in esame, però, il Consiglio di Stato con decisione 21 marzo 1930, n. 183, ha ritenuto che il Comune, notificando la risoluzione della Commissione, l'abbia fatta propria. Da questo punto di vista, è stato considerato provvedimento definitivo non l'atto della Commissione, ma la dichiarazione di volontà del Comune, sia pure tacitamente espressa. Per evitare equivoci, è da tenere presente questo punto di vista. Non ne risulta una eccezione alla regola della efficacia preparatoria degli atti della Commissione, ma è considerato definitivo l'atto del Comune.

Con la stessa decisione, il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittimo l'operato della Commissione. Essa doveva giudicare della idoneità in base ai titoli presentati dai concorrenti. Invece omise questo esame e fondò il suo giudizio di inidoneità su altri elementi, sia pure per sè stessi apprezzabili. La Commissione evidentemente esorbitò.

Quali che siano le particolari circostanze dei casi concreti, le attribuzioni devono essere sempre esercitate rigorosamente, entro i limiti stabiliti. La Commissione deve valutare i titoli legittimamente prodotti. Spetta poi all'amministrazione comunale la facoltà di non nominare un concorrente per motivi attinenti ai requisiti personali di condotta e di idoneità all'ambiente.

XVIII. - Stipendi minimi: indennità speciali.

Con deliberazione approvata dall'autorità tutoria, era stata concessa al medico condotto di una frazione una speciale indennità per *disagiata residenza*. Successivamente furono stabiliti gli stipendi minimi per i medici condotti della provincia, in applicazione dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889.

Il Comune, al quale la frazione apparteneva, fu compreso in una data categoria. Costituita questa situazione, fu revocata la precedente deliberazione che attribuiva al medico della frazione una indennità speciale, essendosi ritenuto che questa condotta non avesse le caratteristiche necessarie per essere compresa in una categoria superiore.

La G. P. A., in sede giurisdizionale, dichiarò legittimo il provvedimento del Comune.

Questa risoluzione è stata confermata dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 12 aprile 1930 n. 234.

Non ci risultano le particolari circostanze del caso. Ma, tenendo conto degli elementi che si possono rilevare dalla lettura della sentenza del Consiglio di Stato, a noi sembra discutibile la risoluzione.

L'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 attribuisce un trattamento economico, senza pregiudizio dei maggiori diritti che il sanitario condotto possa aver acquistato. La G. P. A. in sede di tutela, valutate le condizioni dei Comuni della provincia, li distribuisce in categorie e per ciascuna di queste fissa il trattamento minimo. L'appartenenza all'una o all'altra categoria è determinata dalle condizioni generali del Comune, « in relazione all'importanza del servizio sanitario, al numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, alle condizioni topografiche delle condotte ed alle presumibili fonti di reddito professionale di esse ».

In quel caso non si doveva stabilire se, per le condizioni disagiate *di una frazione*, il Comune dovesse essere compreso per il trattamento economico minimo ad altra categoria nè se la *frazione* dovesse avere un trattamento di categoria diversa da quella del Comune; era, invece, da stabilire se il titolare della condotta della frazione avesse acquisito un diritto, per un causa non assorbita dal successivo provvedimento che stabilì gli stipendi minimi per tutti.

Il Comune, per le sue condizioni generali, poteva essere compreso in una data categoria; ma ciò non escludeva che particolarmente disagiate fossero le condizioni della frazione e che perciò permanesse quel diritto di indennità speciale che era stato attribuito con deliberazione approvata dall'autorità tutoria.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Misure igieniche per la stagione estiva.

Il Ministero dell'Interno ha diramato alle LL. EE. i Prefetti del Regno due circolari della massima importanza riflettenti le disposizioni impartite perchè venga sviluppata e sia intensificata la lotta contro le mosche e predisposte tutte quelle misure profilattiche atte ad assicurare al Paese le migliori condizioni sanitarie.

I promettenti risultati ottenuti coll'attuazione della legge 29 marzo 1928, n. 853, e delle relative norme, approvate con decreto del Capo del Governo 20 maggio 1928, concernenti la lotta contro le mosche, devono costituire incitamento ad intensificare l'azione di vigilanza e di propaganda affinchè detta lotta venga proseguita con assiduità nella stagione invernale, allo scopo di distruggere il maggior numero possibile delle mosche ibernanti.

Con riferimento poi alle precedenti circolari e specialmente a quella 6 dicembre 1928-VII, il Ministero raccomanda in modo particolare di richiamare l'attenzione delle Autorità comunali sulla necessità di migliorare progressivamente i servizi di nettezza urbana, per quanto ha attinenza alla raccolta, all'asportazione e allo smaltimento delle immondezze stradali e domestiche. Oltre che intensificare i relativi servizi comunali, si dovrà, con frequenti ispezioni, esigere che da parte dei privati sia rispettato l'obbligo di mantenere in condizioni di pulizia i locali di loro pertinenza (cortili, orti, giardini, scale, passaggi, ecc.) nonchè le stalle, le scuderie, i depositi di pollame, ecc.

Uguale vigilanza dovrà essere esercitata sugli esercizi pubblici e sugli spacci di sostanze alimentari.

Il Ministero fa sicuro affidamento sull'attività dei Prefetti e dei medici provinciali perchè alle norme del decreto 20 maggio 1928 sia data integrale applicazione.

Inoltre vengono specificate le norme igieniche alle quali deve essere data rigorosa applicazione specialmente in vista della stagione estiva.

1) Difesa contro le mosche conforme alle norme obbligatorie considerate dal decreto 20 maggio 1928 e successive istruzioni, nonchè dalla recente circolare 28 gennaio scorso.

Occorre senza indugio, avvalendosi di tutti gli idonei mezzi, assicurare intensificazione, regolarità ed efficienza ai servizi relativi ed ottenere il volenteroso concorso delle popolazioni in questa lotta a vantaggio della civile convivenza ed a maggiore tutela della salute pubblica.

2) Difesa contro la febbre tifoide, curando al massimo grado il miglioramento delle condizioni igieniche degli abitati e dei servizi di nettezza urbana; vigilanza di una rigorosa igiene sulle bevande e gli alimenti; controllo sull'approvvigionamento di acqua potabile e rapidità nella denunzia della malattia; dare la maggiore diffusione alle vaccinazioni preventive.

3) Difesa contro le gastro-enteriti infantili mediante attiva propaganda popolare sulle norme igieniche di alimentazione e rigoroso controllo sul commercio del latte.

4) Predisposizione tempestiva del migliore assetto igienico delle stazioni climatiche e balneari con speciale riguardo agli alberghi, alle pensioni e agli stabilimenti.

Per le impiegate e le operaie durante lo stato di gravidanza.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto contenente norme di attuazione del R. D. Legge 13 maggio 1929, n. 850, per la tutela delle operaie e delle impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio.

Tale provvedimento intende a tradurre in atto i principî già fissati nel D. L. del 13 maggio 1929 in conformità delle direttive seguite dal Regime per l'incremento demografico e la tutela della madre lavoratrice.

Il provvedimento precisa anzitutto il campo di applicazione delle norme legislative vigenti, sia nei riguardi delle aziende, che della donna addetta al lavoro. Dopo aver stabilito l'obbligo del certificato di gravidanza, il decreto proposto garantisce alla gestante la necessaria tutela prima ancora che si inizi il periodo obbligatorio di astensione dal lavoro, disciplina reciproci doveri della donna e dell'imprenditore agli effetti della conservazione del posto e della riammissione al lavoro, regola l'obbligo delle camere di allattamento e dei periodi di riposo consentiti alle madri che provvedano direttamente all'allattamento. Il provvedimento contiene inoltre le norme per il versamento dei contributi relativi all'assicurazione per la maternità e quelle per il pagamento dei sussidi di puerperio e di disoccupazione.

Le spese di spedalità alla Camera.

Alla Camera dei Deputati l'on. Giardina, esaminando il problema riflettente le riforme dei tributi locali, ha affrontato anche quello relativo alle spese di spedalità.

L'on. Giardina ha dichiarato di ritenere che il trasferimento delle spese di spedalità dai Comuni alle Provincie riuscirà di grande vantaggio per le condizioni igieniche generali del Paese.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Scad. ore 17 del 20 lug.; primario di ostetricia e ginecologia; L. 4750 oltre 45 % tasse atti operativi; età lim. 40-45 a.; nom. biennale, 2 conferme decennali; doc. non anter. 15 apr.; rivolgersi Presidenza.

AREZZO. — Fino al 5 settembre è aperto il concorso, per titoli ed esami, al posto di Ufficiale Sanitario del Comune di Arezzo, alle condizioni stabilite dal R. Decreto 29 nov. 1925, N. 2266/2535. Stipendio L. 15.000 con quattro aumenti quadrienn. del decimo, oltre l'indennità caro viveri. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura di Arezzo.

BASSANO DEL GRAPPA (*Vicenza*). *Ospedale Civile.* — Primario medico. Scad. 10 agosto. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

CAMPOBASSO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore sanitario della Sala di ricezione degli illegittimi; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età mass. 45 a.; diploma in puericultura.

CASTANA (*Pavia*). — Scad. 31 lug.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambul., L. 300 uff. san., ecc.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario di Acireale; L. 10.000 oltre L. 2000 quale capo ufficio d'igiene. Detto di Giarre; L. 8000. Ufficiali sanitari di Aci Catena, Zafferano e Gravina di Catania; L. 5700 ciascuno. Per i 5 posti quattro quinquenni dec. Scad. 31 lug.

CIVITAVECCHIA. *Comune.* — 4ª condotta pel capoluogo e medico scolastico; per ciascuno dei due posti L. 8500, oltre L. 1100 serv. att., c.-v. e 5 quadrienni dec.; buona condotta polit.; diploma corso di pediatria, abilitaz. a uff. san.; età lim. 35 a. Scad. 13 sett. Rivolgersi alla Segreteria. Chied. annunzio.

CURTAROLO (*Padova*). — Scad. 12 lug.; L. 9000 aumentab. e indennità; età lim. 40 a.

GORGOGLIONE (*Matera*). — Prorogato al 20 luglio.

MANDELLO DEL LARIO (*Como*). — Con Abbadia Lariana; L. 8700 e 4 quinquenni dec., oltre lire 1200 indenn.; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Scadenza 15 luglio.

MELITO DI NAPOLI. — Scad. 30 sett.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.

MONTE S. MARIA (*Perugia*). — Scad. 15 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v. in L. 720; tassa L. 50.

NAPOLI. *Ospedale degli Incurabili.* — Scad. 21 lug.; 4 assistenti nel Gabinetto di elettro-radiologia; rivolgersi all'Amm.ne.

NAPOLI. *Ospedali Riuniti.* — Scad. 31 lug.; due direttori di Sala per reparti celtici e dermosifilopatici e Dispensario dell'Ospedale della Pace; quattro coadiutori id.; un coadiutore ordinario e uno aggiunto nel Gabinetto di elettro-radiologia dell'Ospedale degli Incurabili; un coadiutore ordinario nel Reparto e Ambulatorio dell'Ospedale degl'Incurabili.

PARMA. *Ospedale Maggiore.* — Primario chirurgo; L. 6000 e 4 quinquenni; percentuale. Età lim. 40 a. Rivolgersi agli Ospizi Civili. Scad. 30 lug.

POSITANO (*Salerno*). — Scad. 15 ag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

ROMA. *R. Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. a 7 aiuti chirurg.; titoli ed esami; scad. ore 16 del 12 ag.; rivolgersi alla Segreteria. Stip. L. 7300 oltre c.-v.

S. GIMIGNANO (*Siena*). — Scad. 31 ag.; L. 7500 oltre L. 3500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SIMAXIS (*Cagliari*). — Scad. 20 ag.; L. 9000; 4 quinquenni dec.; p. cavalc. L. 1500; p. uff. san. L. 500; età lim. 40 a.

TERAMO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore del Dispensario; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; età lim. 45 a.; rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia). Scad. 25 lug.

TRAREGO-VIGGIONA (*Novara*). — Scad. 25 lug.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp., L. 300 ambulat., c.-v., dieci bienni ventes.; tassa L. 50; docum. a 6 mesi dall'8 giu.; ab. 809 di cui 80 pov. Chied. avviso.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Conc. a uno dei due posti di chirurgo primario; L. 6000 non aumentab.; titoli ed eventualm. esami tecnici e pratici; nom. biennale; conferme per un quinquennio e poi di settennio in settennio fino a 65 a.; età lim. 45 a. al 14 ag.; rivolgersi alla Segreteria. Tassa L. 50,10. Doc. a 3 mesi dal 10 giu. Scad. ore 18 del 14 ag. Chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Leonardo Bianchi.

Presso la R. Università di Napoli è aperto il concorso ad un premio di L. 4000, costituito con le rendite della fondazione « Leonardo Bianchi », da conferirsi al laureato in medicina e chirurgia, che presenti il miglior lavoro di neuropsicopatologia. Sono ammessi al concorso coloro che abbiano conseguita la laurea presso una Università o un Istituto superiore del Regno. Domande in Segreteria, non oltre il 30 novembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. Giuseppe Sanarelli è nominato membro d'onore del Comitato esecutivo del Congresso medico pel Centenario dell'Indipendenza della Repubblica Uruguayana.

Il prof. Angelo della Cioppa è nominato, in esito a concorso, direttore del Servizio oto-rinolaringologico del R. Albergo dei Poveri e dipendenti Ospedali di Loreto e Vita in Napoli.

Nel concorso a 15 posti di allievo ispettore sanitario nelle Ferrovie di Stato si è avuta la seguente graduatoria di merito: 1) Leone Corrado, 2) Jovino Ferdinando, 3) Latte Carmine, 4) Fa-

brini Roberto, 5) Lombardo Pasquale, 6) Vecchione Filippo, 7) Aprosio Mario, 8) Pagliari Giovanni, 9) Colarizi Arrigo, 10) Monaci Pier Vincenzo, 11) Grassi Carlo, 12) Accorinti Bruno, 13) Migliorino Giuseppe, 14) Pisano Aurelio, 15) Aulizio Bartolomeo, 16) Papa Ugo, 17) Di Odoardo Edoardo, 18) Fersini Luigi, 19) Gambarella Luigi, 20) Alessio Giosafatto, 21) Fontana Mario, 22) Puoti Emanuele, 23) Fanano Vincenzo, 24) Mancini Genesio, 25) Villani Giovanni, 26) Capaldo Luigi, 27) Argenti Antonio, 28) Cerrito Gregorio, 29) Scalfari Gaetano, 30) Caddia Angelino.

Il prof. Cestan, titolare di neurologia e psichiatria alla Facoltà mista di medicina e farmacia di Tolosa, è nominato titolare di clinica medica alla stessa Facoltà, a partire dal 30 ottobre prossimo.

Il prof. Turchini, aggregato alla Facoltà medica di Montpellier, è nominato titolare d'istologia in detta Facoltà, a partire dal 1° maggio scorso.

Preside della Facoltà medica di Greifswald pel biennio 1930-31 è nominato il prof. Ernst Gerhard Dresel, direttore di quell'Istituto d'Igiene.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania.

Lezione di chiusura del Corso di Clinica Medica.

Sabato 31 maggio il prof. Luigi Ferrannini tenne, nell'aula della Clinica Medica, la lezione di chiusura al suo corso ufficiale, alla presenza non solo degli studenti del 2° triennio e del personale assistente, ma anche di numerosi medici intervenuti.

Il nostro Clinico riassunse l'attività svolta dal suo Istituto durante l'anno accademico 1929-30, sia nel campo didattico, sia nel campo scientifico: attività tenace e feconda di risultati dottrinali e pratici, conseguiti non solo attraverso l'operosità e i sacrifici del personale ufficiale e volontario, ma anche e sopratutto grazie agli sforzi non lesinati da Autorità e da privati per venire in aiuto all'istituto nel superare le difficoltà non lievi mano mano affrontate e risolte. Per questi aiuti, il prof. Ferrannini rivolse il suo caloroso ringraziamento specialmente al Rettore, agli Uffici comunali di Beneficenza ed all'Amministrazione dell'Ospedale Garibaldi.

Alla fine della lezione, il prof. Ferrannini rivolse ai laureandi il suo saluto affettuoso, invitandoli a non distaccarsi mai del tutto dalla Clinica, come dalla casa paterna; e formulò il suo impegno di fare tutto il possibile nell'avvenire per intensificare i rapporti di colleganza fra i medici e la Clinica, sia con corsi pratici di perfezionamento in determinati capitoli di medicina, sia con l'instituzione di trattenimenti domenicali aperti alla collaborazione di tutti i medici pratici.

Per gli studenti rispose il laureando Solina, che trovò elevate espressioni di gratitudine e di ammirazione per il Maestro che alla dura fatica dell'insegnante consacra tutte le sue illuminate attività di Ricercatore e di Clinico. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Società radio-neuro-chirurgica Italiana.

Si è costituita ufficialmente in occasione dell'ultimo Congresso di Radiologia tenutosi a Torino.

La Società è intesa a coltivare quegli studi che hanno attinenza promiscua con i tre rami delle scienze mediche, da cui la denominazione.

L'opportunità della istituzione risulta evidente quando si pensi che se la specializzazione ad oltranza è una necessità per il raffinamento delle indagini e delle cognizioni, d'altra parte essa non può tuttavia praticarsi se non a patto di una presupposta ricostruzione sintetica che derivi appunto dall'affiatamento e dalla fusione delle competenze specializzate diverse.

Corrispondentemente alla creazione di specialità sempre più differenziate, si è accompagnata la creazione di aggruppamenti di specialità i quali svolgono vita seria e fattiva.

Massimamente indicata appare una Società che riunisca insieme le tre branche: radiologica, neurologica, chirurgica, il cui connubio, nella pratica, è tanto frequente che ha potuto suggerire perfino la fusione delle rispettive competenze in una persona sola; segnatamente in America esistono già numerosi radio-neuro-chirurghi.

Ed anzi nello smistamento che oggi si va compiendo in seno alla materia di nostri studi, smembrandosi vecchie specialità per costituirsene di nuove (con elementi singoli di quelle raggruppate in modo diverso), può darsi che l'associazione di studi preconizzata dalla nuova Società abbia sbocco frequentemente nella competenza eclettica di una persona singola.

La Società costituita per ora di soci fondatori procederà all'invito di nuovi soci da essa designati fra i cultori più noti dei rispettivi rami di studio, in quanto abbiano attinenza con le altre branche; saranno invitati anche soci stranieri.

Si è deliberato di tenere un primo Congresso.

A dirigere la Società è stato nominato un Comitato provvisorio composto dei proff. Bertolotti, Besta, Boschi, Donati, Fasiani, Perona.

Per la corrispondenza rivolgersi a Padova, Casella Postale 27.

Congresso Internazionale per la tutela dell'infanzia.

Su invito del Governo belga, si svolgerà dal 31 luglio al 4 agosto, a Liegi, ove è organizzato dall'Associazione Internazionale per la Tutela dell'Infanzia, di cui costituirà la 9ª Sessione.

Temi: « La tubercolosi negli scolari »; « L'esame razionale degli scolari »; « Fisiologia della digestione e della nutrizione del lattante, per fissare le basi dell'alimentazione », ecc.

Quote: 60 franchi b. con diritto alle relazioni stampate ed agli atti; 25 franchi con solo diritto di assistere ai lavori. Gli uffici hanno sede a Bruxelles, rue de la Toison d'Or 67.

Istituto Maragliano.

Si è riunito di questi giorni il Consiglio di Consulenza Scientifica dell'Istituto Maragliano, composto dai signori: sen. prof. Alessandro Lustig di Firenze, sen. prof. Edoardo Maragliano, gr. uff. prof. Arnaldo Trambusti, prof. Alberico Benedicenti, prof. Guido Vernoni di Roma.

Erano presenti i signori: prof. Figari, prof. Sivori, prof. Patrone, prof. Rebaudi, prof. Capocaccia, dott. Menniti, dott. De Angelis.

Il prof. Sivori ha riferito su: 1) Disintegrati ed amine. Concezione generale; 2) Disintegrati nella terapia delle iperfunzioni; 3) Amine nella terapia delle ipofunzioni.

Il prof. Rebaudi ha riferito sui disintegrati nel trattamento degli epiteliomi cutanei.

Il prof. Capocaccia ha riferito sulle conferme sperimentali alla dottrina dei disintegrati.

Il dott. Menniti ha riferito sul movimento immunitario dei disintegrati per via endovenosa e per via ipodermica.

Successivamente, sulla tubercolosi, il prof. Capocaccia ha riferito le sue ricerche sull'azione locale e generale dei bacilli morti.

Le relazioni sono state seguite da ampie discussioni, e il Consiglio di Consulenza si è compiaciuto della importanza dei problemi di terapia che hanno inspirato le ricerche del personale scientifico dell'Istituto Maragliano.

Nell'Istituto di Assistenza a favore dei dipendenti del Governatorato di Roma.

Si è riunito il Consiglio di amministrazione dell'Istituto di assistenza a favore dei dipendenti del Governatorato di Roma, sotto la presidenza dell'avv. Ubaldo Pellegrini.

Tra le varie questioni che il presidente ha messe in discussione, speciale importanza hanno avuto le comunicazioni fatte in merito allo sviluppo che sarà conferito nel corrente anno alle Colonie estive. L'onere della spesa sarà in parte sostenuto dall'Amministrazione del Governatorato la quale ha già posto a disposizione una somma e per il restante si provvederà con i mezzi a disposizione, facendo, fra l'altro, affidamento sul concorso dell'Associazione del P. I.

L'avv. Pellegrini ha esposto uno studio fatto sull'assistenza sanitaria a favore dei dipendenti del Governatorato ed ha illustrato il funzionamento dell'Ente di Previdenza sorto sotto l'Associazione generale del P. I.

Nella Croce Rossa Italiana.

Essendo stato soppresso il posto di Direttore Generale nella Croce Rossa Italiana, il gen. medico prof. Cesare Baduel ha lasciato la carica, da lui coperta per lunghi anni con perizia e dignità, acquistandosi spiccate benemerenze.

Onoranze al prof. Muscatello.

Come avevamo annunziato, il 21 giugno si sono svolte a Catania degne onoranze all'on. prof. Giuseppe Muscatello, rettore magnifico dell'Università, direttore della Clinica chirurgica. Alla cerimonia, che ebbe luogo nell'aula magna universitaria, intervennero cospicue autorità, l'intero corpo accademico, numerosissimi studenti.

Hanno pronunciato applauditi discorsi il prof. De Luca, in rappresentanza del corpo accademico; il prof. Fodera, preside della Facoltà di medicina e presidente del Comitato organizzatore delle onoranze, che ha dato lettura, tra vivissimi applausi, delle adesioni del Duce, di S. E. Turati, del Presidente della Camera S. E. Giuriati, dei ministri e sottosegretari di Stato; il podestà di Augusta, patria del festeggiato; il vicesegretario federale avv. Drago; il prof. Lino, a nome degli assistenti; il prof. Gussio, di patologia chirurgica, che ha illustrata l'opera di scienziato dell'on. Muscatello; il segretario del G. U. F., Licalzi.

È stato dato quindi l'annuncio della fondazione di una borsa di studio e perfezionamento di annue L. 5000 a favore di uno studente di chirurgia; infine sono stati consegnati al prof. Muscatello una medaglia d'oro commemorativa ed un ricco cofanetto, contenente le larghe adesioni pervenute. Dopo commosse parole di ringraziamento pronunciate dal prof. Muscatello, la cerimonia si è chiusa fra vibranti applausi all'indirizzo del festeggiato.

Limiti d'età in Germania.

Il Reichstag ha approvato una legge che eleva a 68 anni l'età per l'andata a riposo dei professori di scuole superiori. Il limite era prima di 65 anni (oltre un anno d'onore per gl'insegnanti dotati di speciali benemerenze).

Associazione mutua dei medici francesi.

Tenne la sua assemblea generale a Parigi il 12 marzo. Conta attualmente 22 anni d'esistenza; nel 1929 ha distribuito 260.000 franchi di soccorsi a famiglie di medici; il suo fondo di riserva supera di poco 200.000 franchi.

Viaggio medico in Germania.

Avrà luogo dal 20 agosto al 5 settembre; saranno visitate le città di Francoforte, Wiesbaden, Darmstadt, Magonza, Colonia, Amburgo, Berlino, Lipsia, Dresda, Nurenberg, Monaco. Prezzo a *forfait*, tutto compreso: lire it. 3825 (1ª classe in ferrovia e in battello) ovvero lire it. 2870 (2ª classe in ferrovia e 1ª in battello). Il numero dei posti è limitato. Iscrizioni corrispondendo anticipato un decimo dell'importo globale. Rivolgersi al « Central European Express », boulevard de la Madeleine 12, Paris, Francia.

Bibliografia stomatologica italiana.

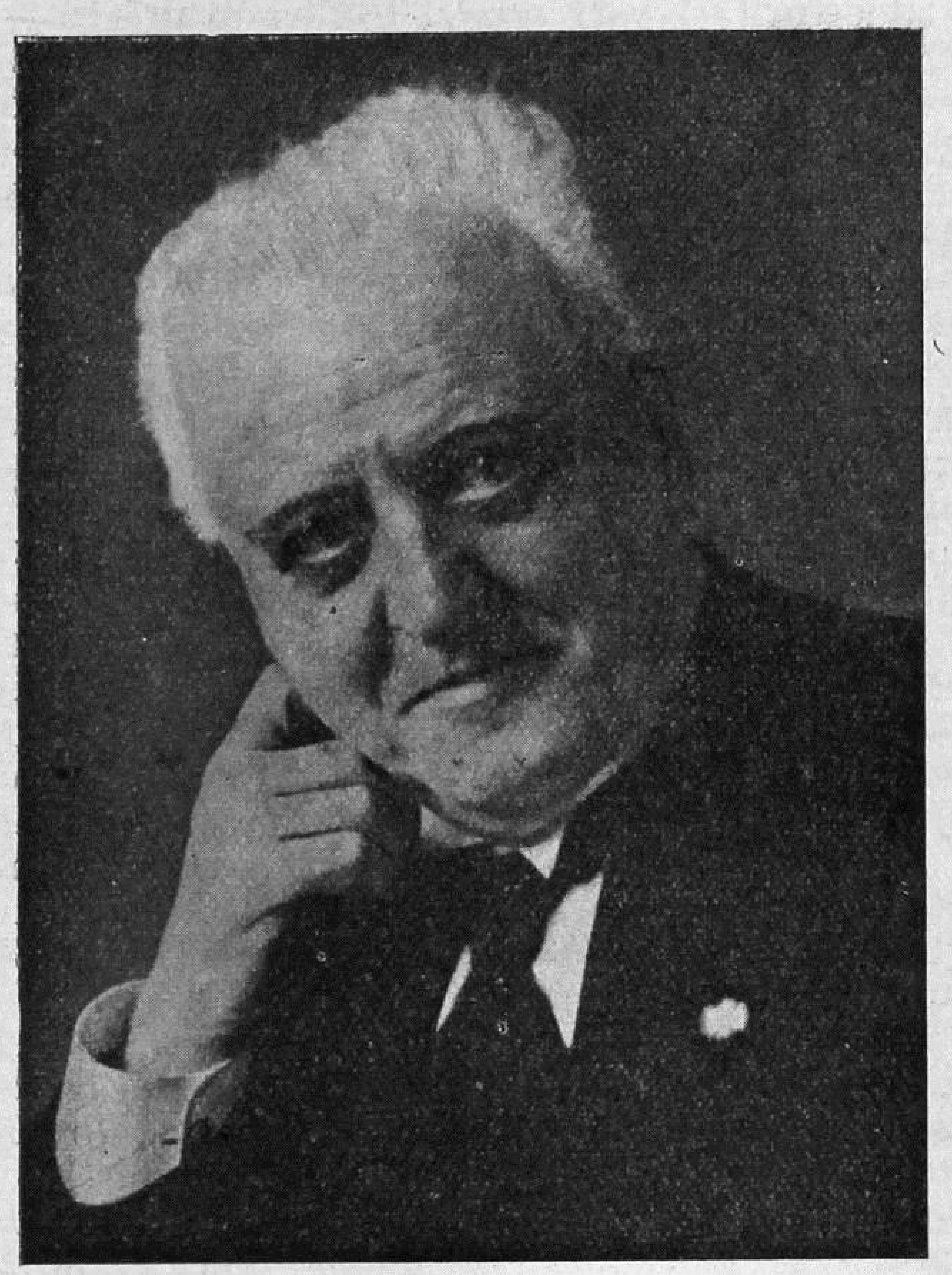
Ricordiamo ai colleghi che è in corso di stampa per opera del prof. Cavina un volume contenente tutta la letteratura stomatologica dalle origini fino al 1929. Si pregano quindi vivamente gli autori italiani che abbiano qualche lavoro nel campo della stomatologia (Odontoiatria, Chirurgia della bocca, Protesi, Anestesia nei riguardi della chirurgia della bocca e quant'altro interessa le malattie e lesioni traumatiche della bocca) a voler mandare, se già non lo fecero, il titolo esatto o meglio l'estratto relativo all'autore prof. Cesare Cavina, Clinica delle Malattie della Bocca, S. Vitale 59, Bologna.

Sequestro di stupefacenti.

Sono stati sequestrati a Marsiglia undicimila chili di stupefacenti, in 38 casse, provenienti dalla Turchia; dovevano essere in parte reimbarcati per l'Estremo Oriente.

ACHILLE SCLAVO

(23 marzo 1861-2 giugno 1930).



Nelle prime ore del 2 giugno, un fato crudele troncava anzi tempo la nobile vita di ACHILLE SCLAVO, tutta dedicata alla scienza, all'insegnamento, alla educazione igienica del popolo.

La scomparsa di ACHILLE SCLAVO non è soltanto un grave lutto per la Università Italiana e per la grande Famiglia dei Medici Italiani, ma assume anche carattere di lutto nazionale. ACHILLE SCLAVO infatti aveva saputo dare alla sua opera di scienziato e alla sua azione di educatore tale ampiezza di respiro e tale altezza di tono, da entrare come fattore vivo nel ritmo pulsante della vita nazionale, e perciò scomparendo nella pienezza della sua attività lascia un vuoto sentito da tutto il popolo da Lui sinceramente amato.

Nato nel 1861 in Provincia di Alessandria, ebbe della nostra razza le doti più belle sviluppate al massimo grado: una volontà tenace e indomita e una intelligenza ampia e vivacissima. Ma furono sue eminenti qualità personali il chiaroveggente spirito altruistico e un raro senso di equilibrio.

Con ACHILLE SCLAVO scompare una figura magnifica di maestro, di scienziato, di organizzatore, di educatore.

Laureatosi in Medicina e Chirurgia a Torino nel 1886, dopo un breve periodo di attività clinica, venne ben presto attratto nella cerchia luminosa dei nuovi studi microbiologici, che già si annunziavano quale fattore essenziale della moderna medicina preventiva. Nel 1889 venne chiamato al posto di segretario medico della Direzione generale di Sanità allora fondata; ma poco dopo dagli Uffici amministrativi passò ai Laboratori scientifici della Sanità Pubblica, e ivi, nei servizi diagnostici e nella ricerca sperimentale, rifulsero subito le doti eminenti del giovane studioso. ACHILLE SCLAVO aveva scelto la sua via: Egli la seguì con entusiasmo infaticabile e costante fino ai Suoi ultimi giorni.

Fin da quei primi anni di ardue fatiche, ACHILLE SCLAVO seppe associare al lavoro dell'ufficio la attività del ricercatore e dello studioso. Nel 1892 ebbe la direzione del Laboratorio Bacteriologico della Sanità, con l'incarico dell'insegnamento della Bacteriologia in quella gloriosa Scuola Superiore d'Igiene dalla quale uscirono tanti insigni maestri e tanti valorosi funzionari della Sanità.

Entrò nell'insegnamento universitario nel 1896, dapprima come incaricato a Siena e quindi nel 1897, in seguito a concorso, come titolare a Sassari, e nell'anno successivo ancora a Siena. La gentile e intellettuale città di Provenzano Salvani e di Santa Caterina fu la sua patria adottiva, che lo ebbe per lunghi anni propugnatore autorevole del risanamento igienico in buona parte compiutosi sotto gli auspici di ACHILLE SCLAVO.

Da Siena si allontanò durante il triennio 1918-1921 per andare a dirigere l'Istituto d'Igiene di Firenze; ma a Siena volle ritornare stabilmente. Fu Rettore dell'Università di Siena in tre periodi: 1914-19, 1924-26, 1928-30.

ACHILLE SCLAVO lascia oltre 70 pubblicazioni sopra vari argomenti di Microbiologia e di Immunologia e sopra molteplici questioni igieniche. Frutto di 40 anni di lavoro, la produzione scientifica di ACHILLE SCLAVO ha il carattere costante della concezione poderosa, della rara perizia tecnica, della prudenza nelle deduzioni e del senso pratico nelle applicazioni. Caratteri questi che rifulgono specialmente nelle lunghe ricerche e negli studi geniali sulla infezione carbonchiosa e sull'immunità anticarbonchiosa. Studi e ricerche che portarono ACHILLE SCLAVO alla scoperta del siero anticarbonchioso.

Per comprendere tutta l'importanza di questa scoperta bisogna riferirsi al periodo (1895) in cui essa fu compiuta, quando cioè la sierologia era all'inizio della sua luminosa rapida ascesa e quando erano noti, per le scoperte allora recenti di Behring e di Kitasato, soltanto i sieri antitossici.

Il siero anticarbonchioso Sclavo è, in ordine di tempo, il primo siero conosciuto ad azione antibacterica di sicura efficacia. La scoperta di ACHILLE SCLAVO rimane esempio di perfetto studio sperimentale, completo anche nelle pratiche applicazioni, a cui nulla di sostanziale è stato aggiunto in seguito. Per questa scoperta ACHILLE SCLAVO ebbe nel 1904 dall'Accademia Medica di Torino il premio internazionale Riberi. Oggi il siero anticarbonchioso, nelle sue applicazioni terapeutiche e profilattiche, porta gloriosamente per le vie del mondo, insieme col nome di ACHILLE SCLAVO, il nome d'Italia.

Manca qui lo spazio per citare singolarmente i lavori del compianto Maestro; ma, accanto alla scoperta del siero anticarbonchioso, meritano di essere ricordati alcuni dei Suoi più importanti contributi alle conoscenze scientifiche, ai procedimenti tecnici, alle applicazioni pratiche.

Dobbiamo ad ACHILLE SCLAVO il riconoscimento delle sofisticazioni delle paste alimentari e del

pane mediante l'esame polariscopico; l'accertamento dello stato di conservazione del granturco mediante la prova del germogliamento; gli studi sull'annacquamento dei vini e sulla gessatura dei mosti; la dimostrazione dei vantaggi della distillazione dei vini a pressione ridotta per la preparazioni dei cognac; un nuovo apparecchio, diventato classico, per attingimento a varia profondità dei campioni di acqua per l'esame bacteriologico; la dimostrazione della incompatibilità del sublimato corrosivo per la disinfezione dei tessuti di lana; la prima applicazione dell'etere etilico per la preparazione dei vaccini; la scoperta di nuove proprietà dei vibrioni colerigeni e colerasimili; la dimostrazione dell'esaltazione della virulenza del bacillo della morva per influenza degli streptococchi; gli studi sulla tossicità del siero fresco di sangue ottenuto da varie specie animali; l'introduzione in terapia di varie combinazioni di iodio e di bromo con sostanze proteiche, dando poi la preferenza alla gelatina, che idrolizzata ha la preziosa qualità di non determinare disturbi anafilattici; la preparazione di soluzioni gelatinose di bicloridrato di chinina perfettamente tollerate per via sottocutanea e prive dell'azione irritante e dolorifica delle soluzioni acquose.

Ma l'opera scientifica di Achille Sclavo non è tutta nelle sue pubblicazioni: essa è anche profusa nella produzione scientifica della Sua scuola, da Lui direttamente ispirata, promossa, animata con suggerimenti preziosi, con l'assistenza autorevole e con incoraggiamenti morali e anche materiali.

Achille Sclavo fu un insegnante di rara efficacia: le sue lezioni erano ammirabili per la felice scelta della materia e per la limpidezza cristallina della forma. Comprese l'animo dei giovani; fu il consigliere amorevole dei suoi studenti e fu da essi sinceramente amato.

Un gruppo di pubblicazioni di Achille Sclavo è dedicato a questioni sociali: educazione fisica, edilizia scolastica, igiene ferroviaria, profilassi contro le malattie veneree, i sanatori per tubercolosi, il problema della fognatura, l'alimentazione umana, la lotta antimalarica e la battaglia del grano, ecc.

Anche dopo che ebbe lasciato gli Uffici sanitari per salire alla Cattedra Universitaria, Achille Sclavo s'interessò sempre vivamente dei problemi igienici nazionali, portandovi il contributo della Sua profonda, appassionata conoscenza dei bisogni del Paese. Egli considerò la missione dell'igienista come una milizia e negli incarichi affidatigli portò un alto spirito di disciplina e di abnegazione. Per tre volte, per incarico ufficiale, si trovò a combattere il colera: nel 1893 nelle provincie di Alessandria e di Campobasso; nel 1910 in Sardegna; nel 1911 in Puglia e in Sicilia. La campagna anticolerica di Puglia condotta con grande energia e con perfetta organizzazione dei mezzi di lotta, valse ad Achille Sclavo la medaglia d'oro per i Benemeriti della Salute Pubblica.

Durante la guerra Achille Sclavo, offertosi volontario, ebbe con la nomina di generale l'incarico della ricerca e dell'ordinamento di locali adatti al ricovero e alla cura dei militari tubercolosi. Ebbe inoltre l'incarico della preparazione del personale tecnico per gli esami diagnostici bacteriologici e per la pratica delle disinfezioni e per la profilassi antitubercolare. Questo incarico venne da Achille Sclavo magnificamente assolto con diuturno strenuo lavoro, nella Scuola di Sanità Militare di Firenze, dove, sotto la Sua direzione e con la Sua diretta e continua partecipazione, vennero tenuti 50 corsi con 2353 iscritti, che vennero addestrati ai vari servizi tecnici sanitari.

Dai servizi attivamente prestati Achille Sclavo trasse la persuasione della educazione igienica del popolo come necessaria condizione per la completa efficacia della organizzazione profilattica. Egli ebbe fiducia principalmente nella propaganda tra i bambini delle scuole elementari, facendo assegnamento su quella che Egli era solito chiamare l'istruzione ascendente nelle famiglie.

Achille Sclavo, con magnifico disinteresse, portò nel campo dell'azione la Sua fede, e all'educazione del popolo con la parola e con la penna, si dedicò nell'ultimo periodo della Sua nobilissima esistenza. Alla scuola popolare rivolse particolarmente le sue cure ed i suoi entusiasmi di propagandista. Manifestazione nobilissima di questa Sua attività rimane un libro (1924, *Per la propaganda igienica, Scuola e Igiene*) di singolare pregio anche letterario, modello di divulgazione basata sulla scelta non sulle semplificazioni travisatrici delle verità scientifiche. A buon diritto Achille Sclavo venne per la Sua opera di educatore insignito della Medaglia d'oro ai Benemeriti della Istruzione Popolare.

L'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene, organo nazionale di propaganda Igienica, fu fondata nel 1922 da Achille Sclavo, che riuscì, col Suo entusiasmo e con la Sua fede, a riunire intorno a Sè gli amici dell'Igiene, indirizzandone l'azione alla formazione della coscienza igienica del popolo. Della Associazione Egli fu, fin dalla fondazione, l'amato Presidente.

Ma la statura, pur così grande, di Achille Sclavo scienziato, educatore, organizzatore è forse superata dalla statura di Achille Sclavo uomo: un grande intelletto guidato da un nobile cuore. Egli esercitava un fascino irresistibile su quanti l'avvicinavano, i suoi discepoli diventavano i suoi figli spirituali. Magnanimo, benefico, dinamico, entusiasta, fedele alle amicizie, Egli diffondeva intorno a Sè un cerchio di pura luce intellettuale e di bontà attiva e feconda.

Ora questa luce si è spenta; ma un riflesso vivace rivive nella memoria e nel cuore di quanti l'amarono. Achille Sclavo ha ben meritato dalla Patria: vada alla Sua memoria il largo tributo di onore e di rimpianto che è dovuto a coloro che lasciano eredità di affetti e di opere benefiche.

Pisa, dall'Istituto d'Igiene della R. Università,

21 giugno 1930-VIII.

Filippo Neri.

E' morto a 91 anni il prof. ERNST KUESTER, noto per i suoi lavori di chirurgia renale. Svolse la sua lunga e feconda carriera all'Università di Marburgo. Dal 1907 continuava la sua attività scientifica fuori della cattedra. B. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 28 feb. — RÖSSLE. Rapporti tra anat. patolog. e patologia gener. — *Lancet*, 1 mar. — E. HORDER. Psittacosi. LÖNSU-KRUCHEN. Psittacosi.

Arch. di Farmac. e Sc. Aff., 20 mar. — M. TALENTI. Determinaz. del pH nel sangue.

Arch. di Patol. e Clin. Med., feb. — G. PELLEGRINI. Patogenesi dell'ascite nella cirrosi epatica. — G. RUFFINI. Setticemia tbc. amiliarica.

Revue Méd. Suisse Rom., 25 feb. — M. ROCH e H. WOHLERS. Psittacosi?

Journal A. M. A., 15 feb. — L. A. CONNER. Fattori psichici nei disordini cardiaci. — J. C. BROUGHER. Ergosterolo irradiato nella tetania paratiroideopriva.

Arch. It. di Derm., ecc., feb. — G. JAJA. Azione terapeut. del myosalvarsan.

Arch. It. di Chir., 28 feb. — R. ALESSANDRI. Tumore a clessidra del mid. spin. — P. PANNELLA. Influenza della narcosi sulla deidrogenazione dei tessuti.

Practitioner, mar. — W. WILLEOX. Reumatismo cronico. — R. G. GORDON. Trattam. della fibrosite.

Med. Klinik, 28 feb. — E. FRANK. La trombosi coronaria. — A. HELLFORS. Morbo di Duplay.

Paris Méd., 1 mar. — Numero su sifilide e mal. veneree.

Ned. Tijd. v. Geneesk., 1 mar. — E. GORTER. Difterite maligna. — M. N. ROEGHOLT. Vitamine e ricambio di Ca e P.

Soc. d. Hôp., 14 feb. — JAUSION e al. Intolleranza all'anafilassi. — G. PAISSEAU e Y. OUMAUSKY. Sindrome ipofisaria con cirrosi epatica e splenomegalia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 14 Luglio 1930 Num. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA IN TORINO
Direttore: Prof. F. VANZETTI.

Impianti eterologhi di surreni in conigli.

Dott. NINO VITTORIO BEDARIDA,
aiuto chirurgo nell'Ospedale Maggiore
di S. Giovanni, Torino.

Prendendo spunto dalla veduta di Oppel che per interpretare la patogenesi della gangrena giovanile presuppone una iperfunzione della ghiandola surrenale con aumento di produzione adrenalinica, alcuni autori hanno iniettato adrenalina dentro e attorno ai vasi, altri hanno eseguito trapianti di surreni nel tentativo di riprodurre i quadri della gangrena giovanile.

Marcus (1) (1921) fece tre serie di esperimenti. Nella prima iniettò ogni due giorni per quattro volte una soluzione di adrenalina nella vena dell'orecchio del coniglio e non produsse alcuna necrosi della parte. Nella seconda serie iniettò tanto nella vena dell'orecchio quanto nelle vene della gamba dosi di streptococchi (insufficienti ad uccidere l'animale, ma sufficienti a produrre uno stato d'infezione generalizzata) e non ottenne lesioni localizzate. Nella terza serie iniettò, per quattro volte, a giorni alterni, nella vena dell'orecchio dosi di adrenalina capaci di impallidire l'orecchio per alcune ore; poscia iniettò nella vena dell'altro orecchio dosi di streptococchi uguali a quelle iniettate nella seconda serie; e vide prodursi gangrena nell'orecchio iniettato con adrenalina, mentre nell'altro non osservò alcuna alterazione locale dei tessuti.

Kartasew (2) (1926) in 14 conigli eseguì in ognuno ben 10 trapianti di pezzi di surrenali (non conosco le dosi). Osservò che nel 50 % dei casi, il trapianto portò a morte l'animale per estrema debolezza, bassa temperatura, edema polmonare. Negli animali sopravvissuti,

(1) *Studien über die symmetriche Gangrän.* Acta Med. Scandinava, 1920, p. 413.

(2) *Ueber die Wirkung von übermässiger Nebennieren transplantationen auf das Blut und das Gefäss-system des Kaninchen.* Rif. in Zentralorgan, 1928, vol. 37.

gli esperimenti durarono da tre giorni a un anno. In tutti si manifestarono modificazioni del peso, della leucocitosi, e forti crampi vasali (l'A. non dice come ha potuto dimostrare ciò). Questi sintomi acuti scomparvero dopo 14 giorni.

L'A. afferma che le modificazioni osservate in alcuni casi sulle pareti dell'aorta, non devono essere messe in relazione con le surrenali trapiantate.

Ghiron (3) (1929) iniettò in cani e in conigli un cent. o due di soluzione di adrenalina al 0,40 ‰ ed al 0,20 ‰ sia intramuscolare « a contatto con i vasi », sia direttamente nel lume dell'arteria e della vena femorale; nel primo gruppo delle esperienze l'A. poneva il laccio per circa mezz'ora alla radice della coscia, nel secondo gruppo chiudeva temporaneamente il vaso per impedire un rapido assorbimento della sostanza iniettata. Le iniezioni furono ripetute su ciascun animale due volte a distanza di otto giorni l'una dall'altra. Tra l'8° e il 20° giorno l'osservatore notò che sul luogo dell'iniezione od a distanza verso l'estremità dell'arto, si formavano aree necrotiche, che si estendevano rapidamente.

Dopo l'iniziarsi di questi processi necrotici l'A. sacrificò gli animali, ne studiò istologicamente i vasi e notò negli animali della prima serie formazione di trombi recenti tanto dentro il lume dei capillari, quanto in quello dei piccoli vasi; alterazioni flogistiche periavventiziali e lesioni desquamative nell'endotelio. Nella seconda serie osservò trombi più avanzati nel lume dei grossi vasi e reazioni infiammatorie nelle tonache. Dalle descrizioni dell'A. non risulta che siano stati trovati processi a tipo produttivo nè nell'intima, nè nella media, sembra che non siano stati studiati gli eventuali processi regressivi della media e della tonaca interna.

Non voglio assolutamente fare critiche a questi esperimenti, il cui risultato era già ben conosciuto, come oramai era ben precisata l'interpretazione delle lesioni anatomo-patologiche delle tuniche dei vasi causate dall'adrenalina: desidero osservare però che tanto le alterazioni flogistiche delle tonache quanto i trombi descritti dall'autore sembrano essere dovute al propagarsi dei processi infiammatori dalle zone necrotiche.

⁂

Allo scopo di conoscere se i prodotti di assorbimento di surrene impiantato potessero determinare alterazioni nelle pareti dei vasi, ho, ripetute volte, trasportato nei conigli sotto cute quantità dosate di questa ghiandola; ho cercato così con l'esperimento di mettermi nelle condizioni presupposte da Oppel nella gangrena spontanea: di aumentare cioè, con l'innesto ripetuto di surrene, la quantità di sostanze vasocostrittive circolanti. Ho sottoposto ciascun coniglio a diversi impianti di surrenale (corticale e midollare insieme, oppure divise), prelevate con tutte le regole dell'asepsi dal vitello. La sostanza veniva posta sotto la cute del dorso. La dose di 1 gr. e 1/2 adoperata negli esperimenti iniziali fu mortale per gli animali di peso di circa 2 kg. e ancor meno sopportabile se triturata al mortaio; le dosi di 45 centg. iniettate a breve distanza, per es., di 4 giorni provocavano una necrosi locale estesa e profonda; perciò ho corretto gli esperimenti, allungando il periodo d'intervallo dei vari atti operativi da 7 a 14 giorni, diminuendo la dose a 30-20 centigrammi.

Il numero degli innesti è stato vario per ciascun animale, da un numero di 2 fino a 8.

Ho poi sacrificato gli animali in un periodo che variava da un mese circa dopo il 1° innesto, ad un massimo di mesi 6 e 1/2 dal 1° innesto.

In genere il frammento di ghiandola veniva sminuzzato con le forbici o triturato al mortaio e intromesso sottocute con un cucchiaio.

Le dosi alte 1 gr. 1/2 procuravano al coniglio disturbi generali di una certa entità e portavano a morte l'animale, il che ci dimostra che le sostanze introdotte, venivano assorbite.

Sulla natura di queste particolari sostanze risultanti dalla disintegrazione di surrene eterologo morto, non possiamo essere precisi, ma dobbiamo arguire che la loro azione è analoga o vicina all'adrenalina per il fatto che anche per dosi minime sul luogo dell'innesto si formava un'escara cutanea, quale si osserva per iniezione diretta di soluzione d'adrenalina. Durante il decorso dell'esperimento ho controllato più volte il polso e le pressioni all'estremità che furono sempre normali; non ho mai notato fatti ulcerativi alle dita delle zampe.

Le arterie aorta, femorali, poplitee, tibiali, prelevate dopo il sacrifizio dell'animale sono state oggetto di studio. Gli esami furono compiuti a diverse altezze e spesse volte ho eseguito preparati microscopici in serie. Trovo inutile descrivere particolareggiatamente i numerosi reperti istologici. Basterà ch'io dica che non furono mai messe in evidenza alterazioni d'importanza nè a carico dell'intima nè a carico delle altre tuniche vasali, sia arteriose che venose. Da ciò concludo che i miei espe-

(3) *La trombo-angioite obliterante.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 23, II.

rimenti, basati sul concetto di mettere in circolo quantità di sostanze presupposte vasocostrittrici, superiori a quelle comunemente secrete dalla surrenale, hanno avuto un risultato negativo.

Ne consegue che l'iperadrenalinemia quale fondamento patogenetico delle lesioni arteritiche nella gangrena giovanile non rimane confermata dai miei esperimenti, come essa non fu convalidata dalle ricerche cliniche da me praticate (4) sul siero di sangue periferico d'individui affetti da arterite obliterante.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito esperimenti sui conigli, praticando su ciascun animale ripetuti impianti eterologhi di frammenti di surrenale, allo scopo di mettere in circolo sostanze vasocostrittrici in quantità superiore a quelle secrete dai surreni normali. Ha quindi esaminato istologicamente le arterie e vene degli arti; questi vasi sono risultati pressochè inalterati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Associazione contro la tubercolosi in Palermo
Dispensario antitubercolare - Banco di Sicilia
Prof. GIUSEPPE FERNANDEZ, direttore.

Grave sincope da rifornimento pneumotoracico superata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina.

per il dott. GIUSEPPE BONANNO, assistente.

I casi di riviviscenza del cuore per iniezione intracardiaca di adrenalina in sincope operatoria e post-operatoria sono ormai numerosi. Questa pratica che fino a poco tempo addietro era solo dominio dei chirurghi a cui frequentemente è occorso di dovere ricorrere per scongiurare un esito letale, è divenuta oggi anche di pertinenza medica perchè se ne sono estese le indicazioni.

Tra gli accidenti che richiedono tale intervento occupano il primo posto per frequenza e per gravità quelli consecutivi ai rifornimenti pneumotoracici, dato che tale metodo di cura, un tempo in mano di pochi specialisti, viene ora eseguito da un gran numero di medici pratici.

La letteratura registra già diversi casi: Holweg nel 1923 comunica un caso di shok pleurico durante un rifornimento superato con la iniezione intracardiaca di adrenalina.

(4) NINO VITTORIO BEDARIDA. *Un caso di gangrena giovanile trattata con surrenalectomia.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XXV, fasc. IV, 1930.

Cervini nel 1924 in un caso di shok grave con arresto di respiro, con scomparsa di toni cardiaci e di riflessi, con movimenti convulsivi degli arti, praticò la iniezione intracardiaca di 1 cmc. di adrenalina con buoni risultati.

Fasano (1924) operando in condizioni pressocchè uguali ottenne pure un ottimo successo con effetto pronto sul cuore e sul respiro.

Capecchi (1925) in un caso di shok consecutivo ad embolo gassoso riuscì a rianimare il cuore con una iniezione endocardiaca di 2 cmc. di adrenalina.

Bondolfi (1926) in un caso grave di embolia gassosa fece ritornare in vita il paziente mediante lo stesso intervento.

La Mendola nel 1928 in un caso di shock probabilmente da embolia gassosa, in questo dispensario, potè salvare l'ammalato praticando due iniezioni di 2 cmc. per volta di adrenalina, nello spazio di 20', con pieno successo.

Il caso che desidero illustrare riguarda una donna di ventitrè anni, in discrete condizioni fisiche, affetta da bronco-alveolite fibro-caseosa del lobo superiore destro e tossiemia incipiente. La cura pneumotoracica è stata iniziata il 1-VI-1929 con l'introduzione di 100 cc. di azoto con buone oscillazioni manometriche (—12 —6) (—8 —4). I rifornimenti furono continuati come di consueto e tollerati benissimo ed il controllo radioscopico eseguito alla sesta puntura aveva dimostrato un distacco di pochi centimetri quasi totale perchè impedito da qualche aderenza verso la base.

Il 5-VII-29 al 10° rifornimento introdotto l'ago nel cavo pleurico l'ammalata accusò vivo dolore nella sede della puntura; si ritirò immediatamente l'ago, che non presentava tracce di sangue, ma la paziente divenne pallidissima, il respiro si fece superficiale e frequente. Il polso divenne filiforme fino a scomparire, si notò rotazione in alto dei globi oculari, midriasi. scomparsa del riflesso corneale e l'ammalata rimase inerte. L'ascoltazione cardiaca dopo alcuni minuti non faceva percepire i toni, il respiro divenne meno frequente fino ad arrestarsi. Inutile la respirazione artificiale e le iniezioni sottocutanee di adrenalina, etere, caffeina, sparteina. Data l'imminenza del pericolo, il prof. Fernandez, dopo circa 4 minuti dall'arresto del cuore, con una comune siringa di 2 cc. ed un ago sottile lungo 8 cm. al 4° spazio intercostale sinistro. a due dita dalla marginale dello sterno, strisciando sul margine superiore della 5ª costola, in maniera da cadere così nel ventricolo sinistro, praticò una iniezione intracardiaca di 2 cc. di adrenalina al ‰.

Dopo circa un minuto dalla iniezione cominciarono di nuovo a percepirsi i toni cardiaci, il polso alla carotide ed alla radiale, il respiro riprese anche esso, un lieve colorimento comparve alle mucose. Si continuò la respirazione artificiale e le iniezioni eccitanti sottocutanee. Senonchè i fatti di rianimazione cardiaca repentinamente cominciarono a regredire, ritornò il pal-

lore accompagnato da chiazze pavonazze su tutto il corpo; il respiro, il polso ed i toni cardiaci si percepivano appena.

Perdurando in questi condizioni di grandissima gravità più di 10' senza che l'ammalata riprendesse coscienza o si attenuassero i sintomi circolatori e respiratori, il Direttore, ricordando il successo ottenuto in un precedente caso pubblicato dal La Mendola, non esitò a praticare una seconda iniezione intracardiaca di 2 cc. di adrenalina nello stesso punto. Pochi secondi dopo, l'ago lasciato in sito cominciò ad oscillare. il polso si percepì meglio, migliorò alquanto, profonde inspirazioni sollevarono il petto della paziente, la pelle e le mucose accennarono a colorarsi.

Dopo circa 15' l'ammalata che aveva completamente perduto la coscienza ritornò in sè, cominciò a rispondere alle domande, però appariva molto abbattuta e diceva di non avvertire alcun disturbo. Dopo circa sei ore il polso e il respiro diventarono normali e l'ammalata rianimata e tranquillizzata richiese financo del cibo. Rimasta al dispensario e sorvegliata da un sanitario, dopo otto ore si trovò in condizioni da potere essere ricondotta al proprio domicilio.

Dopo due giorni si è ripresentata alla nostra osservazione in condizioni che dimostravano di non aver lasciato l'accaduto alcuna traccia. La donna tuttora vivente è in mediocri condizioni.

Nel caso esposto con molta verosimiglianza si è trattato di uno shock pleurico, dato il quadro (depressione psichica fino alla perdita della coscienza, gravi alterazioni della circolazione e respirazione fino all'arresto) e dato che nessuna immissione di gas era avvenuta.

Non vi è dubbio che la paziente è stata salvata da sicura morte dall'iniezione intracardiaca di adrenalina, che ha avuto pieno successo determinando la rianimazione definitiva. Va notato come nessun disturbo si ebbe a lamentare in questa ammalata; qualche autore invece ha osservato disturbi nervosi consecutivi, convulsioni, agitazione, confusione mentale ecc. ecc. Senza disconoscere la grande utilità della respirazione artificiale e l'azione degli altri farmaci adoperati che hanno coadiuvato, all'adrenalina si deve, nel nostro caso, il ripristino della funzione cardiaca. Si è dovuto ricorrere alla doppia iniezione in quanto la prima dose è stata bensì capace di ripristinare la funzione del mio-cardio ma non durevolmente e ciò per la nota azione fugace del farmaco. L'azione della adrenalina, infatti, è rapidissima e rapidamente si dilegua; iniettata negli animali innalza solo momentaneamente la pressione sanguigna perchè è rapidamente distrutta nell'intimo dei tessuti (Battelli).

Secondo le esperienze di Gottlieb, l'adrenalina non agisce sulle fibre muscolari del cuore, ma sui centri autonomi di esso ai quali viene portata in gran parte dai vasi linfatici e su di essi ha una azione specifica.

Secondo nuove vedute (Baglioni) l'azione di essa si esplicherebbe non sui centri autonomi cardiaci, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro, ai quali la sostanza verrebbe spinta dal cuore di cui la semplice puntura dell'ago basterebbe a stimolare le prime contrazioni.

Alcuni credono (Mut) che non occorre iniettare adrenalina o altro cardiocinetico, ma che per rianimare un cuore sia sufficiente la semplice puntura che serve da stimolo alla prima contrazione.

Circa l'innocuità della iniezione di adrenalina endocardiaca tutti gli autori sono d'accordo e le esperienze di Crile, di Winter e di Mocquot lo dimostrano. I danni determinati dall'ago sono illusori; difatti all'autopsia, con difficoltà estrema, si è potuto ritrovare traccia della puntura.

Toupet ha fatto delle esperienze sul cuore del cane ed il risultato è stato sempre negativo. L'arteria coronaria difficilmente viene ferita e se lo fosse la emorragia sarebbe minima, nè potrebbe uccidere il paziente; la probabilità di ledere il fascio di His è minima.

Quanto alla sede di elezione per l'iniezione, essa può essere fatta in qualunque punto del cuore, ventricolo o orecchietta, parete o cavità. Molti autori consigliano l'iniezione nel ventricolo destro (4° spazio intercostale sinistro a ridosso del margine sternale; obliquando a destra con l'ago (tecnica di Vogt e Szeshinki) per ragioni di indole anatomica, per evitare più sicuramente la lesione dell'arteria mammaria, del lobo cardiaco del polmone, dei vasi coronari e del fascio di His; la maggior parte delle iniezioni intracardiache infatti si riferiscono al ventricolo destro.

Nel nostro caso l'iniezione fu praticata, con una comune siringa di 2 cmc. e con un ago sottile della lunghezza di 8 cm., nel 4° spazio intercostale a due dita trasverse dalla marginale dello sterno, sfiorando il margine superiore della 5ª costola e in direzione perpendicolare, quindi nel ventricolo sinistro. E ciò per motivi di indole anatomo-fisiologica, in quanto la puntura nel ventricolo sinistro per la speciale struttura delle sue pareti, è meno pericolosa che nel ventricolo destro ed in questo meno pericolosa che nella orecchietta. Ma vi è sopratutto da tenere presente quanto il Baglioni ebbe a dire all'Accademia di scienze mediche in Roma nel 1924 e cioè gli effetti della adrenalina, come abbiamo detto più sopra, sono dovuti non ad una semplice azione sui centri autonomi cardiaci ma sui centri bulbari del cuore e del respiro per cui la puntura avrebbe l'effetto di stimolare qualche debole contrazione che basta per spingere

l'adrenalina attraverso la carotide interna direttamente ai centri nervosi.

Con la puntura del ventricolo sinistro si viene ad utilizzare anche la minima contrazione che può essere data dallo stimolo meccanico, mentre per il ventricolo destro il liquido prima di giungere ai centri dovrà percorrere il piccolo circolo ed una contrazione uguale rimarrebbe senza effetto.

Quanto all'intervento, davanti ad una morte istantanea, se si vuol ricorrere a questo metodo prezioso, è bene subito decidersi; è stato riconosciuto infatti tra la morte apparente del cuore e la morte reale un lasso di tempo di 10 minuti circa utile per applicare i metodi suscettibili di risvegliare i battiti del cuore, dopo 15 minuti è più aleatorio, dopo 20 minuti la vitalità dei centri nervosi è irrimediabilmente compromessa e l'insuccesso è certo.

RIASSUNTO.

L'iniezione endocardiaca di adrenalina all'1 ‰ è sempre innocua, spesso efficace.

È sopratutto la sincope che si avvantaggia del metodo; nelle malattie che provocano il decesso per profonde alterazioni dei tessuti l'iniezione intracardiaca di adrenalina non ha ragione d'essere.

Essa può essere ripetuta nello stesso soggetto più volte, impunemente.

Va fatta sollecitamente appena si abbiano i segni dell'arresto del cuore (entro i 10 minuti primi). La tecnica della puntura è semplicissima, l'armamentario modesto.

È preferibile sia praticata in maniera da cadere nel ventricolo sinistro.

È destinata ad una grande divulgazione ed a rendere servizi sempre più vasti, per cui deve essere alla portata di ogni medico pratico.

BIBLIOGRAFIA.

Hollweg. Münchener Medizin. Wochenschrift, 1923, n. 34-35.

Bondolfi. *Embolia gassosa da pneumotorace. Iniezione intracardiaca di adrenalina.* La Riforma Medica, anno XLII, n. 46.

Cervini. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shok da pneumotorace artificiale.* Policlinico, Sez. pratica, anno XXXI, fasc. 26.

Copecchi. *L'iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shok consecutivo ad embolo gassoso da pneumotorace artificiale.* Rivista di Clinica Medica, 30 marzo 1925.

Fasano. *Rianimazione del cuore mediante iniezione intracardiaca di adrenalina in sincope da pneumotorace artificiale.* Minerva Medica, 1° novembre 1924.

La Mendola. *Doppia iniezione intracardiaca di adrenalina in sincope da pneumotorace artificiale.* Rivista Sanitaria Siciliana, anno XVI. fasc. 3.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedali Riuniti di Roma.

Trecento appendicectomie senza affondamento del moncone

per il prof. Bernardino Masci.

Da oltre sette anni, seguendo l'esempio di Ricard, Arrou e Témoin, ho adottato sistematicamente la tecnica di non affondare il moncone, e ciò tanto per le appendiciti operate a freddo, quanto per quelle accompagnate da forte congestione e tumefazione edematosa della parete cecale. Alla base dell'appendice, nel punto di impianto di essa sul cieco, applico un laccio di seta abbastanza robusto, ma non troppo grosso, e stringo nè troppo, per non tagliare le pareti dell'appendice (pericolo di fistola), nè troppo poco, per timore che il laccio si sfili dal moncone e che questo si faccia beante alle materie fecali. Con un po' di pratica e di attenzione s'impara a stringere il laccio quel tanto che è necessario per non incorrere nei due errori suddetti. Seziono l'appendice con l'ansa galvanica o col termocauterio di Paquelin, avendo cura che il moncone non sia troppo breve, ma abbia almeno la lunghezza di un terzo di centimetro per impedire al laccio di sfilarsi; quindi con la punta del cauterio cerco di distruggere completamente la mucosa del moncone per evitare che germi ivi annidati possano infettare il peritoneo.

I casi di appendicectomia a moncone libero da me finora operati raggiungono i trecento e costantemente ho avuto a lodarmi di questo metodo. I malati, tanto nel periodo post-operatorio che successivamente (e molti ne ho potuto seguire per anni) non hanno presentato alcun disturbo che si potesse mettere in rapporto con la tecnica adottata. Mai il laccio ha abbandonato la presa; mai si sono verificate infiltrazioni flogistiche della fossa iliaca destra o risentimenti peritoneali nei completamente suturati; mai si sono verificati fenomeni imputabili ad aderenze del moncone agli organi vicini. Costantemente ho fatto alzare gli operati molto presto, al 6° o al 7° giorno, data la sutura in seta dei diversi strati della parete addominale, e ciò sempre senza inconveniente di sorta.

Nei casi che, per peritonite diffusa o circoscritta, per appendicite perforata o necrosata, ho dovuto tamponare (tali casi ammontano a 117), sul moncone dell'appendice ho applicato un lungo laccio di seta, i cui capi facevo fuoriuscire dalla ferita operatoria insieme con i

tamponi. Però, in questa circostanza stringevo moltissimo il laccio, in modo da intercettare bene la circolazione sanguigna del moncone e provocare, con la necrosi e la caduta di questo dopo 6-8 giorni, il facile distacco, senza trazioni, e la rimozione del laccio. Questa tecnica del laccio rimasto con capi lunghi l'ho adottata per evitare quelle noiose ed interminabili fistole rette dal filo di seta infettato e che si chiudono solo con l'eliminazione di esso. In luogo della seta si potrebbe usare il catgut, ma questo non dà la tranquilla sicurezza del laccio di seta, potendosi sciogliere o riassorbire prima che le pareti del moncone appendicolare abbiano bene collabito e si siano saldate.

I vantaggi del metodo di lasciare il moncone libero mi sembrano evidenti. In primo luogo l'operazione viene ad essere notevolmente abbreviata e la brevità dell'operazione riduce conseguentemente i pericoli inerenti ad essa. In secondo luogo vengono eliminate quelle frequenti complicazioni che vediamo nel praticare l'affondamento del moncone, come ferita di vene e di arterie della parete cecale con abbondante sanguinamento, punti taglianti della parete del cieco quando questo è infiltrato ed edematoso, pericolo di punti perforanti quando il cieco è sottile ed atrofico, pericolo di provocare la necrosi di qualche zona del cieco per estesa intercettazione vascolare, specie se più punti furono necessarî per arrestare un'emorragia; pericolo di trombosi e di conseguenti embolie.

Le obiezioni fatte ai non affondatori non mi sembrano fondate su argomenti validi. Savariaud ha osservato un caso di fistola stercoracea, ma si deve notare che il moncone appendicolare era stato legato con il catgut e per di più l'infermo aveva ricevuto un generoso clistere il giorno seguente all'operazione. Quénu, Fiolle e Hayem segnalano delle aderenze post-operatorie del moncone con organi o regioni vicine, ma queste aderenze sono lungi dall'essere costanti e si osservano spesso anche dopo affondamento del moncone e sono piuttosto in rapporto con l'intensità delle lesioni infiammatorie. Più volte, intervenendo nella fossa iliaca destra in soggetti precedentemente appendicectomizzati con affondamento del moncone, ho potuto notare estese aderenze di anse del tenue al cieco; d'altra parte in due mie malate, operate di laparotomia, dopo 4 e rispettivamente 2 anni dalla subita appendicectomia a moncone libero, ho trovato il moncone appendicolare completamente atrofizzato e sostituito da una cicatrice biancastra, tendinea, e nessuna aderenza (nè omentale, nè intestinale, nè tubo-ovarica) in corrispondenza di essa.

Sono state riferite delle suppurazioni profonde, nella fossa iliaca interna, ma esse sono piuttosto imputabili a mancanza di asepsi o a difetto di tecnica; d'altra parte queste suppurazioni non sono eccezionali dopo affondamento, come testimonia un'osservazione di Massabuau, prima che questo autore avesse adottato la tecnica del moncone libero.

Le trombosi venose e le embolie polmonari sono molto meno frequenti, come dimostra la statistica di Th. de Martel. Nei miei 183 casi chiusi e guariti per prima intenzione mai si ebbe a verificare una simile complicazione; nei 117 casi complicati da peritonite diffusa o circoscritta si ebbero 5 morti per evoluzione fatalmente progressiva della peritonite e 7 embolie polmonari, quasi sempre a destra, e risolte tutte con la guarigione. Questa statistica dimostra chiaramente che non il modo di trattamento del moncone ma le lesioni anatomiche sono responsabili di simili complicazioni.

Il contributo da me apportato alla questione ancora controversa dimostra in modo evidente che il non affondamento del moncone appendicolare non costituisce un pericolo sibbene un reale vantaggio e conferma le vedute degli autori (Ricard, Arrou, Témoin, Pauchet, Massabuau, Bessieux, De Martel, Okinczye, ecc.), che hanno adottato sistematicamente tale semplificazione nella tecnica operatoria.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su 300 sue appendicectomie senza affondamento del moncone appendicolare e ne mette in evidenza i vantaggi.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Indicazioni e risultati della Roentgenterapia nelle malattie nervose.

(O. MARBURG. *Wien. Klin. Woch.*, n. 20, 1930).

La roentgenterapia del sistema nervoso è possibile perchè questo sistema allo stato di maturità non risente l'azione dei raggi Roentgen. Non si può dire invece lo stesso per il sistema nervoso del feto e della prima infanzia. Analogamente al sistema nervoso si comportano invece molte glandole endocrine, specialmente l'ipofisi e la tiroide. I raggi Roentgen agiscono specialmente sugli organi produttori del liquor, diminuendone la produzione, probabilmente danneggiando le cellule dei plessi corioidei, forse anche favorendo il riassorbimento del liquido. Essi dilatano i vasi e migliorano così la sanguificazione degli organi, aumentano la permeabilità basale. In seguito all'irradiazione elementi del sangue riescono ad oltrepassare la barriera che li separa dal liquor.

Nei tumori cerebrali la roentgenterapia reca spesso vantaggio, è però molto dubbio se si possa ottenere una vera guarigione. È probabile che le vantate guarigioni si riferiscano a casi in cui esisteva una sindrome di tumore senza tumore come non raramente accade nell'idrocefalo; è certo che l'irradiazione riesce a guarire o a migliorare molti casi di idrocefalia. I gliomi risentono l'azione dei raggi Roentgen se essi sono composti da elementi immaturi; anche in questi casi è però sempre necessario operare per prima cosa, togliere dal tumore quanto più è possibile e quindi irradiare. Si ottengono così dei miglioramenti, non si riesce però ad impedire l'esito letale. Lo stesso si può dire anche degli altri tumori cerebrali, endoteliomi, sarcomi, carcinomi. La roentgenterapia costituisce invece il migliore metodo curativo nei tumori dell'ipofisi. Questi possono determinare talvolta la sindrome acromegalica, altre volte la distrofia adiposa genitale, altre volte sindromi oculari. Nell'acromegalia l'irradiazione migliora notevolmente i sintomi di ipertensione endocranica, il ricambio dell'acqua e dello zucchero, i disturbi sessuali; agisce invece molto meno sulle alterazioni scheletriche. Non sono rari i casi del tutto refrattari alla roentgenterapia, che migliorano soltanto con l'intervento chirurgico.

In molti casi di distrofia adiposo-genitale la roentgenterapia migliora le condizioni visive, il ricambio idrico, il ricambio dello zucchero, spesso anche il ricambio del grasso e talvolta anche il disgenitalismo; altri casi sono refrattari. Nei casi in cui i tumori dell'ipofisi determinano soltanto sintomi oculari accompagnati ad alterazioni della sella turcica, la roentgenterapia dà miglioramenti in più della metà dei casi; non ottenendo miglioramento dopo una o due serie di irradiazioni si dovrà consigliare l'intervento chirurgico.

Buoni risultati dà la roentgenterapia nell'idrocefalo, specialmente nelle forme traumatiche, ed in quello acquisite nella prima infanzia; è necessario però iniziare precocemente il trattamento.

In casi più inveterati si deve spesso far precedere alla roentgenterapia una trapanazione palliativa. Ottimi risultati dà la roentgenterapia in casi di liquorrea; la roentgenterapia non disinganna mai nei casi di fistole del liquor. Anche alcune forme di cefalea ribelle migliorano notevolmente in seguito alla roentgenterapia; specialmente i casi di cefalea preclimaterica e quelli iniziatisi nella prima infanzia.

Nell'epilessia accessuale la roentgenterapia può giovare però soltanto nei casi in cui mancano segni degenerativi psichici. E' necessario per ottenere un miglioramento ripetere spesso le serie di irradiazioni, a proposito dei tumori del midollo vale quanto si è detto per i tumori cerebrali: è necessario sempre operare ed irradiare dopo l'operazione.

Anche nella siringomielia si ottengono talvolta miglioramenti in seguito alla roentgenterapia. L'irradiazione è inutile nelle affezioni infiammatorie del sistema nervoso, ad eccezione della poliomielite in cui la roentgenterapia precoce dei segmenti ammalati può dare risultati notevoli, per quanto non sempre facili a valutarsi, perchè difficilmente distinguibili dalle remissioni spontanee.

La roentgenterapia si deve senza dubbio considerare il metodo d'elezione nella cura della poliomielite. Pochi risultati si ottengono nella sclerosi multipla e nella tabe dorsale, ripetendo le serie di irradiazioni si possono ottenere buoni risultati in alcuni casi di nevralgie del trigemino e specialmente in molti casi di sciatica. La roentgenterapia è stata applicata con vantaggio anche in casi di sclerodermia di malattia di Raynaud, specialmente però in casi di disbasia angiosclerotica.

Ottimi risultati si ottengono con l'irradiazione della tiroide nella malattia di Basedow. E' invece preferibile l'operazione negli strumi con tireotossicosi secondaria come la struma basedovificata e l'adenoma della tiroide con manifestazioni tireotossiche. E' da preferirsi alla roentgenterapia la cura medicamentosa nelle forme frustre di Basedow, nelle forme basedovoidi, nel cuore da gozzo e nelle cosidette pseudotubercolosi (stati febbrili, dimagramento, astenia senza reperto polmonare). Prima di irradiare una tiroide ingrossata è necessario accertarsi ch'essa sia tireotossica. Lo si dimostra con la glicosuria, con la linfocitosi d'alcuni con la prova adrenalinica che però è molto pericolosa (esagerazione dei sintomi in seguito ad iniezioni da 1/2 a 1 cmc. di soluzione ad 1 per mille di adrenalina). Decisiva però è sol-

tanto la dimostrazione di un aumento del ricambio basale. I casi lievi, le forme frustre si irradieranno soltanto se la terapia medicamentosa è inefficace.

I casi di media gravità si irradieranno, e se la roentgenterapia è inefficace si dovranno operare. I casi refrattari alla irradiazione e i casi che si accompagnano ad affezione miocardica si opereranno senz'altro.

La roentgenterapia guarisce la malattia di Basedow nella proporzione del 50 per cento. Cedono dapprima i sintomi nervosi, quindi il polso si regolarizza, infine, non però sempre, guariscono anche l'esoftalmo e si riduce lo struma. E' necessaria cautela, all'inizio della irradiazione potendosi altrimenti aggravare i sintomi. E' bene controllare il ricambio basale perchè in alcuni casi l'irradiazione della tiroide ha determinato mixedema. Si cesseranno le irradiazioni quando il ricambio basale non supera più che del 10 per cento il valore normale. Irradiando l'ipofisi si migliorano talvolta i disturbi climaterici. L'irradiazione della ipofisi viene raccomandata da alcuni nei bambini deficienti e darebbe talvolta buoni risultati.

POLLITZER.

Sul trattamento chirurgico della siringomielia.

(SCHMIEDEN. *Zent. f. Chir.*, 1929, n. 34).

Le alterazioni anatomo-patologiche finora conosciute nella siringomielia sono rappresentate da cavità più o meno grandi, qualche volta multiple, rotondeggianti o a fessura della sostanza midollare, ripiene di liquido e che dànno i caratteristici fenomeni di dolore e di perdita di funzione di questo organo centrale.

Dopo il primo caso descritto da Poussep nel 1926 di un intervento operativo nella siringomielia è stato notato che frequentemente si trova una semplice grossa cavità che può essere trattata operatoriamente. Questa cavità per lo più a forma fusata ha frequentemente una sede non simmetrica. Si conosce dalla neurologia e anatomia patologica che si tratta spesso d'una malformazione congenita. Si può anche ammettere che la siringomielia è la conseguenza di una ematomielia dovuta ad un trauma del parto essendo il midollo cervicale ed il dorsale i più frequentemente lesi. Istologicamente è stata notata una proliferazione della glia così che si può trovare un tumore cistico od una fusione dovuta a pregressa infiammazione. I chirurgi che vedono la malattia dopo molto tempo, ammettono una patogenesi varia.

Secondo il tempo si forma nella sostanza grigia una cisti circondata da membrana che produce mano mano una atrofia per pressione. La cavità si ingrandisce irregolarmente fra i fasci midollari.

Il trattamento operatorio utilizzato da Poussep con buon risultato consiste nell'incidere la cavità cistica nel midollo con un taglio longitudinale, cosicchè rimane un legame aperto col liquido spinale. La pressione si modifica, i sintomi scompaiono.

L'A. riporta un caso operato da alcuni mesi con miglioramento della pressione e dei sintomi.

Una donna di 30 anni che all'età di 17 cominciò a notare una differenza di temperatura all'ascella sinistra e poi a tutto il braccio. In seguito comparvero dolori forti anche per qualche secondo. La mano divenne più pesante nel suonare il piano. Fu fatta diagnosi di gliosi. I disturbi alla mano si andarono accentuando ed iniziarono paralisi alla mano e braccio sin. e poi un indebolimento della gamba d. con dolori. Anche a destra qualche disturbo doloroso alla mano.

E. O.: nistagmo, Horner sin., riflesso corneale diminuito, testa abitualmente declive a d., torcicollo spastico sin., cifoscoliosi toracica, paresi del braccio sin., atrofia delle falangi, clono rotuleo, andatura a sin. pareticospastica, mancanti i riflessi addominali, mancanza di sensibilità nei territori dei nervi cervicali di sin. e dei toracici alti. Dalla 4ª dorsale in giù sensibilità normale anche a sinistra. Paralisi periferica sensitiva e motoria del segmento cervicale e alto toracico. Fu posta dai neurologi la diagnosi di siringomielia con localizzazione in tutto il midollo cervicale e nel toracico alto.

Fu decisa l'operazione di Poussep che fu praticata il 4 marzo 1929 in anestesia locale. Apertura dello speco tra la C VI fino alla D I. La dura pulsava leggermente. All'apertura di essa comparve il midollo rigonfio che riempiva tutto il cavo midollare ed era torto alquanto verso destra. Aveva consistenza molle, cistica. Il midollo venne inciso vicino alla linea mediana per 1 cm. e mezzo e si cadde in una cavità intramidollare da dove uscì del liquido sieroso chiaro sotto pressione. Il cavo fu sondato in alto e in basso per circa 8 cm. Indi fu chiusa la breccia della dura e poi suturati i muscoli e la pelle.

Il decorso postoperatorio fu buono; la ferita guarì per prima e l'inferma uscì il 27 marzo notevolmente migliorata nei movimenti e nella sensibilità degli arti di sinistra.

Riferisce una comunicazione di Oppel su 7 casi operati con più o meno buon risultato. Da essi si detrae che i risultati sono buoni se non si interviene troppo tardi.

Conclude affermando l'efficacia del metodo che è del resto semplice.

R. BRANCATI.

Il riflesso di prensione.

(FREEMAN e CROSBY. *Journal American Medical Association*, luglio 1929).

Il riflesso di prensione è un fenomeno costante e normale nei lattanti. Scompare di solito verso il primo anno di vita. Esso però

può ricomparire più tardi come fenomeno patologico, indice di un'affezione cerebrale a focolaio o diffusa ed in certi casi può assumere una notevole importanza semeiologica per la determinazione della sede della lesione.

Il segno nella sua forma più semplice si provoca carezzando l'eminenza tenare o poggiando un dito nel palmo della mano e fregando dolcemente. Segue un movimento del pollice e delle altre dita coordinato a prendere ed a stringere il dito.

La presa è tonica con poca variazione di forza durante qualche secondo. La forza stessa di solito aumenta quando il paziente si accinge a camminare o quando si tenta di liberare il dito stretto. Talvolta la presa è così forte che la testa e le spalle del paziente si sollevano dal piano del letto nello sforzo di trazione dell'oggetto preso. Qualche volta la contrazione diventa clonica, specie se la presa è ostacolata o l'oggetto poggia sull'estremità delle dita flesse.

Quando il riflesso è molto accentuato il paziente stesso dichiara di essere incapace di allentare la presa malgrado gli sforzi fatti per aprire la mano.

Nei casi avanzati non solo c'è il riflesso di presa per ogni cosa che venga a contatto con il palmo della mano, ma può esserci anche un involontario brancolamento così che ad ogni contatto sul dorso della mano, sull'avambraccio o anche sulla faccia si ha un movimento della mano inteso a seguirlo ed a prendere l'oggetto eccitante.

Fenomeni analoghi possono aversi agli arti inferiori ed alla bocca. Un colpo leggero sulla base delle dita del piede del lattante provocherà un movimento delle dita verso l'oggetto stimolante. Una lieve pressione esercitata sui denti provoca un morso (bulldog reflex).

Perchè si possa avere il riflesso di prensione è necessaria l'integrità delle vie corticospinali controlaterali. In due pazienti di Wilson e Walshe il sintoma scomparve con lo stabilirsi di una comune emiplegia seguìta all'asportazione di un tumore meningeo.

Il riflesso può essere presente in alcune condizioni cerebrali transitorie come nello stato epilettico postaccessionale, nella commozione e nella congestione cerebrale. Può anche verificarsi negli stati d'incoscienza preagonici accompagnati da rigidità muscolare.

Gli AA. l'hanno osservato in casi di emorragia cerebrale, di coma uremico e di meningite tubercolare e ritengono che esso debba riscontrarsi in molti se non in tutti i casi di carpologia.

Il segno è l'indice di una « decerebrazione » parziale.

Quando è bilaterale non ha alcun valore semeiologico e rivela solo un disordine funzionale del cervello.

Acquista importanza solo quando la coscienza è integra, o quando, anche nei casi d'incoscienza, sia unilaterale.

È stato abbondantemente dimostrato che il riflesso di prensione può dipendere da lesioni a focolaio. Schuster in quindici casi studiati anche necroscopicamente, trovò dodici volte lesioni importanti nel lobo frontale ed in tre volte lesioni più centrali. Wilson e Walshe in due casi trovarono un tumore meningeo situato anteriormente alla scissura rolandica. Janischewsky ha trovato spesso lesioni nell'area medesima, e ritiene che ogni interruzione delle vie di proiezione frontopontili senza interessamento delle vie corticospinali determina la comparsa del riflesso.

Lo stesso autore l'ha riscontrato in varie distonie, specie parkinsoniane.

Nei casi studiati dagli autori il riflesso di prensione era presente bilateralmente molte volte in individui vecchi con arteriosclerosi cerebrale, nella pachimeningite emorragica, nel morbo di Little, nella tubercolosi meningea bilaterale. Attribuiscono il riflesso unilaterale per lo più ad infarto cerebrale, di solito della parte anteriore della capsula interna, ma lo hanno trovato anche nell'emiplegia infantile ed in un caso di glioma del lobo frontale. In tre casi c'erano piccole lesioni trombotiche associate però a profonda atrofia del lobo frontale.

Di tutti i casi riferiti dagli autori il più significativo era quello del tumore del lobo frontale, tanto che la comparsa del riflesso di prensione consentì la diagnosi preoperativa della sede e natura della lesione.

DR.

SCHELETRO.

Osteomielite acuta del pube.

(ZAFFAGNINI. *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XIII, fasc. 4).

L'osteomielite acuta del pube è un'affezione assai rara ed appena accennata nei comuni trattati di chirurgia.

L'A. pertanto, traendo occasione da due casi occorsi alla sua osservazione, tratta dettagliatamente questa interessante forma morbosa, segnalata dal Lannelongue, che la definì « osteomielite acuta durante la crescenza ».

I casi fino ad ora descritti ammontano a 27, di cui però 12 sono dubbi; pertanto accertati sono 17, compresi i 2 dell'A.

L'osteomielite acuta del pube è un'infezione dell'osso pubico insorta acutamente per via sanguigna durante il suo periodo di sviluppo, e di cui l'agente patogeno è nella maggioranza dei casi lo stafilococco piogene aureo. Altri germi possono dare lo stesso quadro morboso (stafilococco albo, streptococco, ecc.), che colpiscono la zona marginale delle ossa piatte, in cui più ferve il lavorìo dell'osso durante l'accrescimento. Grande importanza per l'insorgen-

za della malattia, che colpisce i bambini all'età della scuola, hanno indubbiamente i traumi. Sono colpiti di preferenza i maschi nella proporzione di 5 a 1.

La frequenza è estremamente rara e l'affezione è prevalentemente unilaterale, specie a sinistra.

Il Gouilloud distingue due periodi: il *prepubere*, in cui l'osso viene colpito nei suoi punti primitivi, il *postpubere*, in cui la lesione s'insedia nei punti complementari, per cui chiama le prime *osteiti dell'epoca prepubere*, le seconde *osteiti dell'epoca postpubere*.

L'osteomielite acuta del pube, come qualunque altra osteomielite, passa nella fase infiammatoria, suppurativa o di distruzione, di riparazione. È da tener presente che l'ascesso può spontaneamente aprirsi in vescica e il sequestro essere il nucleo di un calcolo (Ollier).

La malattia, a seconda della virulenza dei germi, può decorrere in modo iperacuto, acuto e subacuto.

L'inizio è brusco, seguìto da zoppia e dolore vivo localizzato di solito all'articolazione dell'anca. L'arto è in atteggiamento di riposo. Tumefazione alla radice della coscia. Frequenti turbe orinarie.

Le complicazioni possono essere tutte quelle della setticemia in genere.

La diagnosi è difficile; a fase suppurativa conclamata, va posta la diagnosi differenziale con un flemmone dello spazio di Retzius, con una miosite infettiva del muscolo retto dell'addome o degli adduttori, con un'adenite profonda del cavo inguino-crurale, ecc.

La prognosi in generale dev'essere sempre riservata; su 29 casi sono registrati 8 decessi (27,6 %).

La cura non può essere che chirurgica, che va dalla semplice incisione dell'ascesso sottoperiosteo, dal raschiamento dell'osso e scalpellamento di parti necrosate alla resezione sottoperiostea di parti o dell'intero pube (Kirchner, Bergmann, ecc.).

C. GIACOBBE.

L'osteomielite fibrosa cronica.

(DALLAS B. PHEMISTER. *Ann. of Surg.*, oct. 1929).

Questa denominazione sta ad indicare quei casi di osteomielite di lunga durata, nei quali la formazione di fibroblasti predomina sugli elementi di infiltrazione infiammatoria. Può essere uno stadio terminale di una osteomielite acuta e può restare tale oppure può venire sostituito dagli elementi ematoblastici e dal midollo adiposo.

Tale aspetto può però venire anche presentato da casi di osteomielite ad andamento cronico fin dall'inizio, e non essendo presente alcun segno di flogosi spesso viene confuso coll'osteite fibrosa cistica, e in qualche caso anche con tumori a cellule giganti. Si vedono nel tessuto fibroblasti, capillari, cellule giganti, pigmenti sanguigni. L'A. ha avuto occasione di studiare 11 casi di questo genere. Negli stadii più precoci della malattia si trova che la perdita di sostanza dell'osso è riempita da un tessuto di color bruno, che corrisponde bene ai « tumori bruni » dell'osteite fibrosa degli AA. tedeschi, l'osso non presenta reazione e va incontro a un riassorbimento lacunare. Dopo un decorso progressivo che può durare anche qualche anno, si ha una trasformazione del tessuto in connettivo adulto, con formazione di uno strato limitante di osso sclerotico. In seno al connettivo si possono avere ossificazioni. In due soli casi dell'A. si coltivò uno stafilococco aureo. L'A. non crede nei suoi casi di poter ammettere la teoria di Konjetzny perchè non avevano preceduto traumi di sorta. Esclude pure come generalmente applicabile la teoria di Axhausen degli infarti anemici perchè in alcuni dei suoi casi il decorso clinico e qualche alterazione patologica non potevano venire spiegati altrimenti che con un processo infettivo.

L'A. crede invece che si tratti di localizzazioni ossee di germi di scarsa virulenza. Ricorda come da focolai di osteite deformante e da cisti ossee sia stato coltivato lo streptococco *viridans*, e come l'aspetto del tessuto dei cosidetti noduli di Aschoff del cuore e dei noduli cutanei del reumatismo sia molto simile al tessuto da lui descritto nelle ossa.

Ritiene perciò che queste lesioni vadano incluse nel capitolo della osteomielite.

MANFREDO ASCOLI.

Innesti omoplastici di callo osseo nello scheletro.

(ANTONIOLI. *La Chir. d. Org. di Movim.*, volume XIII, n. 6).

L'A. ha determinato fratture costali e ne ha adoperato il callo, dopo un periodo di 9 a 20 giorni, per colmare piccole perdite di sostanza nella diafisi dell'ulna dello stesso animale. Il callo così trapiantato presenta spiccate attitudini alla sopravvivenza e all'attecchimento mostrando i propri elementi ben conservati, sia per la morfologia che per la colorabilità, ancora dopo un periodo di oltre 40 giorni dalla data dell'innesto.

G. PACETTO.

Due nuovi casi di frattura con consolidazione accelerati a mezzo del silicato di calcio.

(BARBARIN. *Bull. Mém. Soc. Chir. de Paris*, n. 4, 1928, p. 121).

L'A. riporta i seguenti casi:

1) Donna di 65 anni con frattura comminuta delle due ossa della gamba d. al 3° inferiore; al 40° giorno consolidazione perfetta e ripresa della deambulazione.

2) Frattura comminuta della rotula sinistra, trattata con cerchiaggio del tendine rotuleo; al 15° giorno il callo già si apprezzava con radiografia.

Nell'uno e nell'altro caso la somministrazione del silicato di calcio incominciò fin dall'inizio e fu sospesa nel 1° caso dopo 25 giorni, nel 2° caso dopo 15 giorni. JURA.

ORGANI DIGERENTI.

Meccanismo della sindrome dell'ulcera duodenale.

(S. MINTZ. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, n. 5, 1929).

La sindrome clinica dell'ulcera del duodeno (Moynihan e Soupault) non è facilmente spiegabile; fino ad ora nessuna teoria ha potuto riunire in un insieme armonioso i fatti del tutto disparati e contradittori che la clinica ci offre.

Come spiegare, si domanda l'A., la comparsa tardiva dei dolori, dopo ingestione di alimenti, e perchè più la nutrizione è indigesta e più i dolori sono tardivi? Perchè, malgrado l'iperacidità la motricità gastrica è spesso esagerata nel primo periodo della digestione? Perchè malgrado la considerevole attività dello stomaco noi troviamo spesso 6 ore dopo l'ingestione del brodo bismutato dei residui nello stomaco? Come spiegare che l'ingestione degli alimenti durante un accesso doloroso, al rovescio di ciò che accade per l'ulcera dello stomaco, calma il dolore? Come capire perchè l'accesso doloroso possa venire calmato tanto dal bicarbonato di sodio quanto dall'acido cloridrico? Perchè l'ulcera del duodeno decorre tanto spesso latente?

L'A. crede che questo caos di fenomeni troverebbe una discreta spiegazione se si volesse mettere alla base di questo quadro clinico il concetto della *capacità di livellazione dello stomaco.*

(L'A. dà questa denominazione alla capacità che avrebbe lo stomaco di conservare l'acidità a un tasso definito, per cui, al momento in cui questo livello dovrebbe salire, si producono alcuni fenomeni che non permettono al contenuto gastrico di oltrepassare una data soglia).

Orbene il disturbo della capacità di livellamento è un sintoma costante nella sindrome ulcerosa classica (tipo Moynihan).

I dolori tardivi si spiegano per l'assenza della alterazione del chimismo gastrico all'inizio dell'attività digestiva dello stomaco. Diverse ore solamente dopo l'ingestione degli alimenti, quando la maggior parte del contenuto gastrico abbandona lo stomaco, l'acidità del contenuto gastrico comincia rapidamente ad aumentare in seguito all'alterata funzione del livellamento; allora compaiono lo spasmo del piloro e l'attacco doloroso.

L'azione calmante degli alimenti si spiega con l'abbassamento dell'acidità del contenuto gastrico in seguito alla combinazione dell'HCl con le albumine delle sostanze alimentari. L'azione calmante degli alcalini risulta dalla neutralizzazione dell'eccesso acido del liquido gastrico. L'azione analoga dell'HCl è dovuta allo scatenamento della funzione di livellamento che esso provoca. I residui dopo 6 ore sono condizionati dallo spasmo riflesso del piloro. L. TONELLI.

Sulla colecistogastrostomia nell'ulcera gastrica e duodenale secondo il metodo di Bogoras.

(KAGAN. *Zent. f. Chir.*, n. 16, 1929).

La colecistogastrostomia fu usata come metodo nelle ulcere da Bogoras nel 1923. L'anastomosi ha lo scopo di assicurare un flusso permanente di bile nello stomaco che con la sua neutralizzazione fa abbassare l'acido cloridrico e quindi può influire sulla guarigione. Gli oppositori di questo metodo (Hesse ed altri) sostengono due punti: la possibilità di infezioni ascendenti dallo stomaco nelle vie biliari, l'intolleranza dello stomaco ad una quantità di bile aumentata. I risultati duraturi osservati nella clinica di Bogoras e di Rasumowsky parlano favorevolmente e le ricerche sperimentali di Ponomarjow e Frenkel hanno dimostrato che queste due opposizioni sono semplicemente teoretiche.

Questo metodo operatorio è ormai molto diffuso: Frenkel ha di recente riferito su 182 casi.

Il materiale dell'A. comprende 15 casi di ulcere duodenali, piloriche, della piccola curvatura trattati col metodo Bogoras.

Il decorso postoperatorio fu in 14 del tutto normale, in uno si ebbe come complicanza una polmonite, mortalità zero. I casi furono operati in anestesia locale, 6 con narcosi.

Nella maggior parte dei casi con iperacidità prima dell'operazione si constatò un abbassamento dell'a. cloridrico dopo l'operazione. La bile fu sempre presente nel succo gastrico.

Attualmente tutti gli operati che vengono interrogati ogni mese stanno bene, non hanno dolori, per quanto non siano fedeli alle prescrizioni dietetiche.

Riporta alcune tabelle di succhi gastrici frazionati prima e dopo l'operazione, dalle quali è evidente una forte discesa dell'acidità totale e dell'acido cloridrico libero da valori rispettivamente di 100 e 92 a 24 e 6.

Certo non si può parlare di risultati definitivi, ma il metodo può essere usato specialmente dai piccoli chirurgi di paesi. L'operazione viene fatta con pochi mezzi, in anestesia locale ed anche economicamente ha dei vantaggi. Si deve inoltre pensare al punto di vista del lavoro potendo specialmente il contadino tornare al più presto alle sue occupazioni.

R. BRANCATI.

Piloro-duodeno-papillectomia e pancreatico-gastrostomia per ulcera duodenale.

(L. Losio. *Arch. It. di Chir.*, vol. XXIV, fasc. 2)

L'A. riferisce di un caso in cui nel distaccare la cistifellea aderente al duodeno, asportò con la colecisti un tratto della 2ª porzione della parete duodenale della grandezza di una moneta di 10 centesimi.

La perdita di sostanza corrispondeva alla sede dell'ulcera che interessava circolarmente in quel punto il duodeno, compresa la papilla di Vater.

L'A. credette risolvere la situazione operatoria creatasi resecando lo stomaco a 3 cm. al di sopra del piloro e la 1ª e 2ª porzione del duodeno. Chiuse, poi, a fondo ceco il moncone gastrico e duodenale ed anastomizzò la parete ant. dello stomaco colla testa del pancreas comprendente lo sbocco del coledoco, del Wirsung e del Santorini.

L'ammalato è guarito, pur avendo presentato segni d'infezione ascendente delle vie biliari.

G. MATRONOLA.

Trattamento chirurgico della ptosi gastrica.

(LAMBRET. *Presse Méd.*, n. 99, 1929).

L'A. attribuisce grande importanza, nel determinismo dei disturbi da ptosi, al basso-fondo gastrico che si forma in questi pazienti dopo un certo tempo e che impedisce il normale vuotamento dello stomaco. L'A. espone il proprio metodo di sospensione della grande curvatura, che mira appunto a sopprimere il basso-fondo gastrico. Pratica la laparotomia mediana ed esplora lo stomaco e il duodeno. Ai due estremi dell'incisione cutanea aggiunge due incisioni orizzontali e in modo da dissecare un lembo rettangolare e scoprire il muscolo retto di sinistra. Dall'aponevrosi prepara una bandeletta larga circa 2 cm. e lunga quanto lo consente la breccia cutanea. La bandeletta viene ribaltata verso l'alto e attraverso uno degli ultimi spazi intercostali di sinistra viene introdotta nella cavità addominale. Quindi viene infossata in un canale sieroso alla Witzel lungo tutta la grande curvatura. In prossimità del piloro si fissa fortemente la bandeletta all'uscita del suo canale, sulla faccia anteriore dello stomaco in senso verticale, e se ne sutura la porzione terminale alla parte più alta del legamento rotondo del fegato.

In tal modo lo stomaco viene sospeso tra il torace e il fegato, il basso-fondo viene soppresso e il canale piloro-duodenale viene ad essere quasi orizzontale.

Dal 1927 ha operato in tal modo 28 casi con risultati abbastanza buoni: solo in tre casi, con atonia gastrica grave, ha osservato una caduta della parete posteriore dello stomaco.

Illustrazioni esplicative e documentazione radiografica.

G. PACETTO.

Contributo allo studio dell'occlusione di origine biliare.

(E. HOLZ. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 155, fasc. 1, pag. 166, 1929).

L'A. si occupa specialmente delle recidive di queste occlusioni. Il calcolo comunemente, arriva nell'intestino attraverso una perforazione della cistifellea nel duodeno o in qualsiasi altro tratto del tubo gastro-enterico. Raramente arriva nel lume intestinale dal coledoco e in questi casi bisogna ammettere una dilatazione proporzionale di esso e una distensione della papilla. Più che una vera distensione, è probabile che si tratti di una necrosi da compressione di questa in modo che la comunicazione che si stabilisce viene a essere fatta a spese del tratto duodenale del coledoco.

Il meccanismo dell'ostruzione non può essere interpretato con il solo fattore meccanico perchè le dimensioni dei calcoli sorpassano di rado la grandezza di un uovo di piccione. Alcuni AA. hanno pensato che il calcolo, per il suo peso, trascini il tenue in basso e ne provochi un inginocchiamento; altri danno una grande importanza alla insorgenza di una peritonite locale provocata da lesioni della mucosa; altri infine ammettono l'insorgenza di una peristalsi attiva sopra il calcolo per fermentazioni e uno spasmo conseguente della muscolatura sul calcolo. Occorre tener conto anche del restringersi del lume intestinale a mano a mano che si avvicina alla valvola ileocecale. I sintomi generali e locali sono quelli della ostruzione. La diagnosi sarà possibile se esiste nell'anamnesi il dato di una colelitiasi pregressa e specie, come talvolta succede, se esiste un reperto palpatorio positivo.

Durante l'intervento, se le condizioni del paziente sono buone, si esploreranno le vie biliari, altrimenti si rimanderà l'esplorazione a un secondo intervento specie se la forma del calcolo fa sospettare la presenza di altri. In questa maniera si eviteranno le recidive. Fa seguire la storia di due casi osservati.

VALDONI.

STORIA DELLA MEDICINA

Ospedale Civile di Tarquinia (Viterbo).

Una rivendicazione Italiana.

I primi apparecchi ortopedici.

Dott. Botto-Micca Augusto, chirurgo primario



Il secolo xvi come rappresentò in varie branche della medicina un progresso notevole, così anche potè segnare la comparsa dei primi apparecchi ortopedici per opera di due studiosi celebri: Ambroise Paré e Fabrizio d'Acquapendente. Di questi due medici famosi, se il primo enunciò alcune vaghe idee in proposito, il secondo dettò delle regole speciali nella fabbricazione degli apparecchi atti a correggere i difetti ossei costituzionali od acquisiti, per cui è da lodare l'iniziativa ultimamente presa dal Castaldi (*Il Policlinico*, Sez. pratica, anno XXXVI, fasc. 42, p. 1520, n. 90, di « Una centuria di rivendicazioni di priorità ad Italiani in contributi scientifici nella medicina e chirurgia ») di rivendicare all'Italiano il vanto di aver per primo stabilito in forma scientifica le nozioni principali per i suddetti apparecchi.

* * *

Ambrogio Paré, il celebre Pareo, maestro insigne nell'anatomia ed il più distinto chirurgo dell'epoca, nacque a Laval au Maine, nel 1510, come afferma la maggior parte degli Autori, per quanti alcuni indichino l'anno di nascita come il 1509, altri il 1514, il 1516. I primi anni della vita del Paré sono oscuri, per quanto alcuni Autori abbiano esercitato la loro fantasia attribuendo al Medico francese dei fatti più o meno verosimili (come M. Villaume, Percy ed altri) (Malgaigne: *Hist. de la chirurgie*, p. CCXXVII segg.). Di certo si sa che Egli studiò chirurgia per nove o dieci anni e che ne risiedette tre a Parigi, ove probabilmente al principio fu presso un chirurgo barbiere, che ben presto lasciò per entrare nell'Hôtel-Dieu (fondato da San Landry nel 660 ed ampliato da San Luigi nel 1227), ove ebbe agio di esercitarsi nella chirurgia. Nel 1536 Paré lasciò l'ospedale e si fece riconoscere come maestro chirurgo barbiere. Ma, poichè nello stesso anno Francesco I entrava in lotta contro Carlo V in Provenza, il Paré seguì il Maresciallo di Monte-Jean, colonnello generale della fanteria francese, compiendo così la sua prima campagna bellica come medico militare.

Fu durante questa lotta che una fortunata combinazione diede occasione al Paré di dare un nuovo indirizzo alla terapia chirurgica delle emorragie nelle ferite da armi. Poco Egli sapeva della cura di queste lesioni e quel poco era il risultato teorico tratto dalle letture di Giovanni da Vigo. Ad ogni modo osservando gli altri chirurghi e studiandosi di imitarli Egli, come i suoi colleghi, cauterizzava coll'olio bollente le ferite per impedire le emorragie. Ma, essendosi venuto a trovare senza olio dovette medicare le ferite nel modo più semplice ciò, che gl'impedì « de dormir à son aise »; ma con suo grande stupore vide che le lesioni così curate erano meno dolorose delle altre cauterizzate ed erano soggette a guarigioni più rapide e non meno soddisfacenti. Con arditezza di risoluzione il Paré annunciò il nuovo metodo, che doveva sostituire l'antico. Aveva Egli allora 19 anni.

Frattanto durante questa campagna Egli ebbe occasione di stare a Torino, dove apprese da alcuni colleghi i loro speciali metodi terapeutici. Ivi egli ebbe anche l'ardire di praticare una disarticolazione del gomito; si recò anche a Milano apprendendo da un vecchio medico un nuovo metodo per la cura della parafimosi. Poi nel 1539 ritornò a Parigi al seguito del maresciallo di Monte Jean, gravemente ammalato, il quale poco dopo morì. Il Paré, malgrado le offerte del maresciallo d'Annebeau, volle rimanere libero e per tre anni tenne una bottega di mastro chirurgo barbiere.

Nel 1542 allo scoppio della nuova guerra Egli partì con M. De Rohan, gran signore di Bretagna, col quale raggiunse in tutta fretta il campo a Perpignano nel 1543. Durante questa campagna la sua fama si accrebbe notevolmente per l'iniziativa del tutto nuova di far mettere i feriti nella stessa posizione, che avevano al momento della lesione, onde poter più facilmente individuare la posizione del proiettile. Fu in questo tempo che risale la sua conoscenza con Sylvius e l'incoraggiamento da parte di questo di mettere per iscritto le sue osservazioni sulle ferite di armi da fuoco, consiglio che il Paré, seguì dando nel 1545 alle stampe: « La méthode de traicter les playes faictes par les harquebuses et aultres bastons à feu... ».

Due guarigioni quasi miracolose ottenute dal Paré, in una delle quali Egli per la prima volta, dovendo amputare un arto, sostituì alla cauterizzazione col ferro rovente dei vasi la loro semplice legatura, accrebbero tanto la sua fama che, terminata la campagna, passò al servizio di M. de Vendôme, il quale ottenne l'iscrizione del Chirurgo fra i sanitari del Re.

In seguito il Paré partecipò alla difesa di Metz, assediata dalle truppe spagnuole (1552) compiendo in questa occasione diverse guarigioni di casi disperati. Terminata la vicenda, il Chirurgo ritornò a Parigi, ma per poco,

poichè venne mandato ancora come sanitario militare in Piccardia ed ivi passò nuove avventure, cadendo prigioniero. Ma la sua qualità di chirurgo, che Egli però dovette dimostrare, sostenendo un esame davanti ad una commissione di chirurghi spagnuoli e piemontesi, gli fruttò una certa libertà d'azione, che divenne poi completa col ritorno a Parigi in seguito alla guarigione di M. de Vaudeville, governatore di Gravelines.

Creato membro del collegio di San Cosimo nel 1555, dopo due anni di studi a Parigi, ricominciò la sua vita militare nel 1557 per cessarla quando la pace di Cateau Cambrésis lo fece ritornare a Parigi. Appartenne come membro alla riunione consultiva per curare la ferita mortale, che Enrico II aveva ricevuta nel torneo in occasione delle nozze di Emanuele Filiberto e di sua sorella Margherita e solo, ma invano, sostenne il vero metodo di cura razionale: la trapanazione del cranio.

Morto il Re, il Paré continuò ad essere chirurgo reale, anzi venne nominato « primo chirurgo »; fu all'assedio di Rouen, ritornò a Parigi, ove nel 1564 diede alle stampe i suoi « Dieci libri di chirurgia ». Poi seguì Carlo IX nel suo giro per le province francesi. Il Paré si ammalò di peste; al ritorno a Parigi trovò la città pullulante di casi di morbillo e di vaiuolo, epidemia che durò sino al 1569. A quest'epoca risale appunto il suo libro sulle dette malattie esantematiche.

Salvatosi dalla strage di S. Bartolomeo, per quanto sembra fosse ugonotto, nel 1574 venne dal nuovo re Enrico III nominato valletto di camera e consigliere del re; ma pur rivestendo le dette cariche non lo seguì nella campagna del 1589, che doveva segnare l'assedio di Parigi e l'assassinio del Re stesso. Il Paré rimase in Parigi attento ai suoi studi; vide ancora togliere l'assedio ed il 20 dicembre 1590 morì.

***

Tutte le sue opere, radunate in un solo trattato col titolo « Opera omnia » ebbero diverse edizioni.

Troppo lungo e superfluo per l'argomento del presente lavoro sarebbe l'esame minuto delle opere del Paré: a noi basta riguardare la parte interessante.

Nel libro XXII, al capitolo VIII l'Autore parla del modo di curare la scoliosi. « Per riparare, Egli dice, al vizio della scoliosi si « farà portare ai pazienti un corsetto di ferro « traforato in modo da pesar di meno e fatto « senza sporgenze per non ferire e da cambiarsi sovente, se il malato non ha compiuto « le sue tre dimensioni (*sic*) (ossia se non è « completamente sviluppato); a quelli, che crescono, bisogna cambiarlo ogni tre mesi più « o meno secondo il necessario, poichè altrimenti in luogo di fare del bene ne seguirà « un male ».

C. X: « In un caso di recisione del tendine del pollice in modo che il ferito non poteva più stringere opponendo tale dito alla mano » il Paré gli fece fare uno strumento di ferro bianco per introdurvi il dito. Lo strumento era attaccato per mezzo di due correggie a due piccoli anelli sulla giuntura della mano, in modo così destro che il pollice restava sollevato e così il gentiluomo poteva tenere la spada in pugno.

C. XI. Per la cura del varismo e del valgismo il Paré, detto che lo scopo della cura è ridurre il primo come si volesse produrre il secondo e viceversa, consiglia una benda speciale o calzatura fatta apposta di cuoio bollito, aperta davanti e sotto il piede per poterla aprendola calzarla bene. Per fare camminare questi pazienti bisogna che la calzatura sia alta, di cuoio assai solido per tenere sempre le ossa ferme e che la suola sia più alta dalla parte ove il vizio tende a far girare il piede per farlo ritornare dalla parte necessaria.

C. XII. Per sopperire con mani, braccia e gambe artificiali gli arti amputati, il Paré descrive una mano, un braccio completo e diverse forme di gambe, in cui, secondo l'osservazione anatomica, si hanno delle asticciuole, che tengono le parti dei tendini. Nel caso di piede ciondolante in seguito a ferita dei tendini o nervi della gamba, il paziente calzerà uno scarpino, al quale sarà attaccata una striscia di tela larga tre dita, la quale sarà spaccata sul mezzo della gamba in modo che le due parti passino ciascuna di lato alla rotula e poi tale striscia arrivi sino ad attaccarsi agli uncini della giubba per tenere sollevato il piede, quando il malato cammina.

C. XIII. Per far andar dritto una persona zoppa in seguito all'accorciamento di una gamba si può usare lo strumento detto « gruccia a sedia », la quale è fatta in modo che la gamba corta si appoggia colla natica su di una specie di mensola spuntante dalla gruccia ed il piede sollevato si appoggia su di un'altra mensola; in tal modo (chiaramente illustrato dal Parè con tre figure) il paziente viene ad essere ugualizzato in ambedue le gambe.

***

Questo è quanto venne lasciato dal Parè sull'argomento ortopedico. A dire il vero il suo suggerimento non si svolge su apparecchi prettamente ortopedici, ma piuttosto cinematici; e sotto tale aspetto credo che si possa ben riguardare il Chirurgo francese come un precursare. Ben differente è l'importanza degli strumenti, consigliati da Fabrizio d'Acquapendente.

***

Gerolamo Fabrizio, che prese il nome da Acquapendente, sua patria, e che fu degno discepolo del Falloppio, rappresentò l'anello di passaggio fra il periodo delle scoperte e quello del perfezionamento nell'anatomia. Nato nel 1537, venne inviato nel Ginnasio patavino per apprendere le lettere greche e latine ed ivi studiò anche filosofia e si applicò in modo par-

ticolare all'anatomia ed alla chirurgia sotto il Falloppio. Questi, constatando nell'allievo lo ingegno svelto e precoce, la meravigliosa memoria e la grande attenzione, ne ebbe una cura particolare e gli si affezionò grandemente. Ottenuta con splendidi esami la laurea in medicina, il Falloppio gli dimostrò tanta stima da lasciarlo come suo sostituto, quando doveva allontanarsi da Padova. Morto nel 1562 il Falloppio, Fabrizio venne incaricato delle dimostrazioni anatomiche; nel 1565 venne nominato professore di chirurgia, pur continuando nell'altro incarico, anche quando nel 1571 separate le due cattedre, il Fabrizio continuò ad essere titolare di ambedue, insegnando anatomia nell'inverno e chirurgia in estate. Tanto era il suo amore per l'anatomia che fece erigere a sue spese un anfiteatro anatomico, e quando il Senato veneto ne fece costrurre un altro più degno della grande Repubblica, volle che il nome del Fabrizio vi fosse conservato. Avanzato negli anni gli si permise di farsi sostituire nell'insegnamento della chirurgia con uno studioso di sua scelta e questo fu il Casserio. La Repubblica veneta concesse al Fabrizio onori grandissimi, fra cui la cittadinanza di Padova ed il titolo di cavaliere di S. Marco. Morì compianto da tutti ad 82 anni (1619).

***

Troppo lungo ed inopportuno sarebbe qui esaminare tutti i trattati anatomici ed i suoi scritti di carattere medico; basterà ricordare che i suoi trattati non rappresentano che capitoli di una grande opera intitolata « Totius animalis fabricae theatrum », che rimase incompiuta.

L'opera, che interessa per il presente lavoro è la « Opera chirurgica in duas partes divisa... ». Nella seconda parte al capitolo XLIV: *Della Gobba* Fabrizio dopo aver accennato ai rimedi esterni a base di empiastri, fomenti ecc. entra a parlare in termini chiari e precisi della cura chirurgica. In questa si adoprano strumenti di ferro e particolarmente lamine, che l'Autore generalmente comanda siano fatte dagli artefici. Questi strumenti devono esser tali da spingere la spina dorsale dalla parte contraria a quella, a cui tende, non con violenza, ma piacevolmente a poco a poco. Si usa dunque un ferro alquanto lungo e rotondo incavato per tutta la lunghezza, in modo di vite, che si metta ed entri dentro in cotesta cavità ed abbia forza di spinger con una lama di ferro le coste e la spina dorsale verso la parte opposta a quella, a cui tendono.

Al capitolo C, parlando « delle articolazioni restate dure ed intirizzite », il Fabrizio, ricordate le varie cause di questi disturbi, accenna a possibili miglioramenti anche soltanto a mezzo di emollienti e rilassanti, di bagni ed esercizi. Ma sovente questi non bastano e diventano solo coadiuvanti della cura. Questa dunque per un gomito rimasto duro in posizione estesa, fatto precedere l'azione di rammollimento data da un bagno, si lega uno strumento o ferro, col quale a poco a poco ogni giorno e senza alcuna violenza si cerca di piegare o di incurvare il gomito; così nelle dita colla uguale preparazione si farà lo stesso. Sia i movimenti che i tentativi fatti cogli strumenti devono esser eseguiti senza violenza, a poco a poco.

Il Fabrizio riporta una casistica dimostrativa, ricordando un caso di lussazione dell'anca in un bambino (« a cui per il rilassamento del ligamento l'osso della coscia prorompeva facilmente all'insù »), a cui Egli fece fare uno strumento, atto a tenere in loco la testa del femore e che riuscì a guarire il paziente.

Anche nell'incurvamento delle gambe di natura congenita l'Autore usò con successo certe lame di ferro applicate e strette alla gamba per tutta la lunghezza, che internamente premevano e spingevano le gambe con uno sforzo uguale e continuo, che diede luogo alla guarigione; perchè, dice l'Autore, l'ossa dei fanciulli sono morbide e pieghevoli e facilmente si possono raddrizzare.

Al capitolo CI parla « di quelli, che hanno le gambe storte di dentro, detti vari » e ne spiega il procedimento terapeutico. Il Fabrizio ricorda come questo difetto appare facilmente dal primo giorno della nascita, giacchè il neonato, che nella via endouterina è stato abituato a tenere i piedi vari, ha tendenza a mantenere questa posizione anche nella vita terrena. Per correggere questo vizio basta che le balie si mostrino accorte a fasciare i piccoli, cacciando tra un piede e l'altro un cuscinetto e badando che i piedi non vengono chiusi dalle fascie in posizione viziata. Se poi questa è prodotta da causa esterna, ossia da una lussazione, allora il chirurgo ridurrà egli stesso subito e non a poco a poco tale difetto col sistema della riduzione delle lussazioni.

I valgi invece (cap. CII) dipendono più da causa esterna che dalla nascita, perciò bisogna aggiustarli subito per impedire che l'articolazione diventi dura, chè allora la si deve curare col sistema detto più sopra. In questi casi il Fabrizio fa certe gambe di ferro, anche col piede di ferro e, sotto, una lamina, che sia lunga quanto la parte esterna del piede, la quale in tal modo facendo forza inclini il piede al didentro, modificando in tal modo la posizione del piede, che viene ad assumere quella giusta.

***

Non occorrono dopo le relazioni dei singoli passi dei due suddetti Autori dei soverchi commenti, giacchè lo stesso lettore, paragonandoli tra loro e confrontando la descrizione riferita colla costituzione dei moderni apparecchi ortopedici, vede come al Paré spetti il vanto della descrizione dei primi apparecchi cinematici e fors'anche l'idea di quelli ortopedici, idea che però se vi fu, rimase in embrione. In Fabrizio invece tutto l'opposto: non si parla di apparecchi cinematici, ma si

svolge abbastanza ampiamente e chiaramente la descrizione di quelli ortopedici. A questo Italiano spetta quindi il vanto di aver *per primo* date le regole di apparecchi adatti alla correzione ed alla guarigione di vizi articolari ed ossei sia agli arti che alla colonna vertebrale: di avere in poche parole fondato l'ortopedia, su basi scientifiche. Peccato che il Fabrizio non abbia pensato di illustrare con relative figure le parole del testo!

Rivendicare a Fabrizio d'Acquapendente questa priorità, credo sia doveroso riconoscimento al suo alto ingegno e giusta attribuzione a questa terra italiana, che fu così ricca di celebrità mediche.

BIBLIOGRAFIA.

Anrew J. G. *Amb. Paré and his times*. Med. press. e Circ., London, 1900, n. s. 107-109.

Barduzzi Domenico. *Fabr. d'Aquapendente*. In Riv. di storia crit. d. scienze med. e natur. Siena, 1919, X, p. 141.

Id. *Manuale della st. d. med.* Torino, Sten, 1923, voll. 2.

Bouchut E. *Hist. d. méd et d. sciences méd.* Paris, Baillière, 1873, voll. 2.

Broussais M. *Amb. Paré, sa vie, son oeuvre*. Paris, 1900.

Castaldi Luigi. *Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella med. e chir.* In Policlinico, Sez. pratica, anno XXXVI, fasc. 39, pp. 1401-1403; f. 40, p. 1438-1442; f. 41, p. 1475-1480; f. 42, p. 1520-1522.

Castiglioni Arturo. *Storia della medicina*. Milano, Unitas, 1927.

Cumstom C. G. *A brief résumé of the life and work of Amb. Paré*. Boston M. e S. J., 1901, CXLV, 395, 431, 464.

Decloisières G. *Étude sur Amb. Paré*. Paris, 1886.

De Renzi S. *St. d. medicina in Italia*. Napoli, Filiatre-Seb., 1846, voll. 5.

Esquisses hist. et georg. sur le Boulonnais Amb. Paré. Boulogne, 1824.

Fabrizio d'Acquapendente. *Chirurgia*. Paris, 1613.

Fiessinger C. *La thérapeutique de Fabr. d'Aquapendente*. In Thérap. d. vieux maîtres. Paris, 1897, p. 103-109.

Fischer G. J. In Am. Anat. e Surgery, Soc. Brooklyn, New York, 1880, 11, p. 373-379.

Folet H. *Amb. Paré à la guerre*. France médicale, Paris, 1901, XLVIII, p. 319-322.

Id. *Amb. Paré poète*. Bull. Soc. Fran. d'Hist. de la médec. Paris, 1903, II, p. 348-363.

Grindon J. *A brief sketch of the life and writings of Fabr. d'Aquapendente*. Interstate M. J. St. Louis, 1906, XIII, p. 648-658.

Gross S. D. *Discourse upon the life, character and services of Amb. Paré*. Philadelphia, 1873.

Labino Coelho. *O fractura de Amb. Paré*. J. Soc. d. sc. med. de Lisbona, 1902, LXVI, 303-305.

Lépine Elisabeth. *Essais sur Amb. Paré et la méd. des enfants*. Paris, 1901.

Malgaigne J. F. *Hist. de la chirurgie en occident*. Paris, Baillière, 1870.

Meunier. *Hist. de la médecine*. Paris. Baillière, 1912.

Moneau G. *Amb. Paré et la chirurgie contemp.* Angers, 1883.

Paget G. *Amb. Paré and his times*. New York e London, 1897.

Paré A. *Amb. Paré au siège de Metz*. In Rev. mod. de méd. et de chir., Paris, 1906, IV, p. 112-123.

Paré Ambrogio. *Oeuvres*. Paris, Buon, 1579.

Perdrix M. C. *Notices hist. et iogr. sur Amb. Paré et Giullaume Dupuytren*. Paris, 1836.

Pinto. In Bull. d. R. Accad. med. Roma, 1883, IX, p. 158-174.

Policlinico, Sez. pratica, 1921, XXVIII, p. 1271.

Richardson B. W. *Amb. Paré and the birth of french surgery*. Asclepiad, London, 1886, III, p. 331-356.

Shastid T. H. *Biografia*. In Am. Encycl. e Dict. ophth. (Wood), Chicago, 1915, VII, 5132.

Sprengel Curzio. *St. pram. d. med.;* trad. Arrigoni. Firenze, Tip. d. Speranza, 1839, v. 9.

Thulius Mariaemontanus J. *Funus Hier. Fab. d'Aquapendente*. Patavii, 1619.

War suergeons of the past. Brit. M. J. London, 1900, I, p. 1416-1419.

Wiberg J. J. *Amb. Paré of hans Behard-ling of Skudsaar*. Bibliot. f. Laeger, Koebnh, 1897, 7, R., VIII, p. 269-298.

Willaume A. *Recherches biogr. hist. et médic. sur Amb. Paré*. Epernay, 1837.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Guénod e Nataf. *Le trachome*. Masson e C. ed. Paris, 1929. Frs. 50.

Il tracoma è una piaga sociale che costituisce una delle malattie più antiche e più diffuse nel mondo e che ha subìto una sensibile recrudescenza dopo la guerra. Data la mancanza assoluta di una eziologia precisa, tutta la enorme letteratura del tracoma risente appunto di questa mancanza, facendone una delle questioni più complesse e più imbrogliate di tutta la patologia.

Gli AA., che vivono a Tunisi, cioè in un paese dove la malattia è molto diffusa giungendo a percentuali elevatissime, e che sono molto conosciuti tra gli oculisti per aver studiato a lungo l'argomento, sia dal punto di vista sperimentale che pratico, presentano al medico generico ed allo specialista questo manuale che, essendo nello stesso tempo didattico, critico e pratico, dà un concetto generale abbastanza preciso di questa forma morbosa che miete ogni anno una serie innumerevole di vittime.

I diversi capitoli, sulla sintomatologia, la diagnosi, il trattamento, ecc., rispecchiano la pratica trentennale degli AA., che non si lasciano trasportare dalle questioni scientifiche, ma fanno principalmente opera pratica a vantaggio del paziente e del medico che deve curarlo.

Mezzatesta.

Blum e Schaaff. *Le daltonisme*. Masson e C., ed. Paris, 1929. Frs. 20.

Lo studio pratico del daltonismo, che interessa in grado elevato i servizi di sicurezza delle ferrovie, della marina, dell'aviazione e di

una quantità di carriere artistiche o industriali, è stato molto trascurato, specie in Francia.

Gli AA. che, stando a capo del servizio sanitario delle ferrovie dell'Alsazia e Lorena, si sono a lungo occupati dell'argomento, trattano in questo lavoro dell'importanza pratica delle forme cliniche e della diagnosi del daltonismo, sottoponendo a critica imparziale tutti i diversi processi impiegati per scoprire la discromatopsia acquisita o congenita, e descrivendo in seguito il proprio metodo basato sulle tavole pseudo-isocromatiche e realizzato con i quadri-mosaico e le carte cromatiche. La diagnosi fatta con questo metodo può essere scientificamente confermata per mezzo dell'Anomaloscopio di Nagel e cogli apparecchi di Guérin e Onfray. E' un libro scritto senza pretese scientifiche e senza sviluppi inutili e quindi alla portata di ogni medico pratico che si voglia rendere conto di questa anomalia, che è più frequente di quanto non si creda.

MEZZATESTA

Saggi di Oftalmologia, vol. V, anno 1929. Tip. Poliglotta, Roma.

È uscito il V volume dei *Saggi di Oftalmologia*, la bella rivista diretta da Di Marzio, che compendia il lavoro scientifico svolto nella Clinica Oculistica dell'Università di Roma nell'anno 1929. Come si sa il Di Marzio, durante il periodo di sua direzione della Clinica Universitaria, ha creduto opportuno di raccogliere alla fine dell'anno i lavori della sua scuola in un volume che chiamò appunto *Saggi di Oftalmologia.* In ciò egli ha seguìto quanto si fa in molte Università dell'Estero, e che non sarebbe male fosse seguito anche qui da noi. Evidentemente se ogni scuola potesse raccogliere i lavori dei suoi allievi in volumi indipendenti, si otterrebbe anzitutto lo stimolo nei giovani ad un maggior lavoro e principalmente all'emulazione, e poi si potrebbe avere sempre sott'occhio il quadro riassuntivo della capacità e dell'attività di ogni scuola e del suo direttore. Tra i lavori qui pubblicati ve ne sono alcuni di interesse esclusivamente scientifico e molti di interesse pratico: così accanto alle « Ricerche sul senso luminoso nel coloboma della coroide » di Caso, vi è la « Terapia coi raggi ultravioletti nella cheratite erpetica » di Del Duca, « I risultati della radioterapia in alcune malattie oculari » di Di Marzio e Salvatori, la « Vaccinoterapia della congiuntivite gonococcica nei neonati » di Mamoli, ecc. ecc. che stanno ad indicare tutto un indirizzo scientifico e pratico impresso dal Direttore alla sua scuola.

Il volume si chiude con un « Resoconto clinico-statistico della R. Clinica Oculistica nell'anno 1928-29 » da cui si desume tutta l'attività svolta sia a vantaggio degli ammalati di Ambulatorio o di Corsia, sia a vantaggio degli Assistenti che hanno avuto l'opportunità di operare ripetutamente, sia a vantaggio della scienza con lavori originali già pubblicati o in corso di stampa.

Non staremo a riassumere le 29 monografie che toccano un po' tutta la patologia oculare, dalla ghiandola lagrimale alla retina ed al nervo ottico, dall'anisometropia all'amaurosi da chinino: diremo solo che è un volume che fa onore alla scienza italiana e che dimostra come in Italia si sa e si può lavorare come e meglio che all'Estero. MEZZATESTA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 21 giugno l'Accademia Lancisiana tenne la annunciata assemblea straordinaria, per lo svolgimento della relazione annuale.

Il presidente on. prof. ERMANNO FIORETTI aprì la seduta alla quale erano presenti, il Direttorio dell'Accademia al completo, il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Cotta, autorità mediche e chirurgiche della capitale, professori universitari e liberi docenti, medici e chirurgi, studenti del secondo triennio della Facoltà di medicina e chirurgia.

La relazione era stata affidata al prof. dott. ANTONELLI GIOVANNI, primario medico degli Ospedali Riuniti di Roma, sul tema:

Insufficienza epatica.

L'O. dopo aver definito ed illustrato il concetto fondamentale dell'insufficienza epatica, ne passa in rassegna tutte le differenti forme, in rapporto con le singole funzioni del fegato meglio accertate, e soltanto da un punto di vista strettamente fisiopatologico.

Per ogni singola forma ricorda i metodi atti a metterla in evidenza sottoponendo a disamina critica il loro valore semiologico, notevole per alcuno di essi, mediocre per altri, scarso per quelli di cui l'esperienza non ha dimostrato il significato specifico. Delucida più particolarmente alcune fra le funzioni meno note e volgarizzate del fegato e le rispettive forme di insufficienza, come ad esempio l'azione del fegato sul ricambio idrico.

Passa quindi ad illustrare le varie forme d'insufficienza epatica dal punto di vista strettamente clinico, affermando che la distinzione che si fa generalmente fra le forme d'insufficienza parziale e quelle di insufficienza totale, ha molto spesso un valore schematico, convenzionale e puramente didattico. In ogni modo di ciascuna enuncia gli aspetti clinici e la sintomatologia, e fra di esse illustra anche dei tipi clinici, che solo recentemente sono stati messi in rapporto con l'insufficienza epatica. A maggiore chiarificazione aggiunge tutto quello che la personale osservazione ed i personali studi gli hanno fornito nel campo clinico. Illustra inoltre le ripercussioni morbose che l'insufficienza epatica suscita sugli altri organi ed apparati, nonchè quelle che le lezioni di questi ultimi determinano sul fegato, che, per essere l'organo principe dell'economia ed il più complesso dal punto di vista della molteplicità delle sue funzioni, entra in campo nei più differenti processi patologici. Conclude affermando che il senso clinico deve dominare sovrano, anche in questo vastissimo campo

dell'insufficienza epatica, sulle ricerche di laboratorio, che ad esso, vanno in certo modo subordinate, e che l'insufficienza epatica nelle sue forme cliniche, già oggi così ricca di acquisizioni, lo sarà ancora di più nell'avvenire, in base alle eventuali future scoperte specialmente nel campo biochimico. Nella diagnosi delle varie forme d'insufficienza epatica bisogna ispirarsi più al criterio fisiopatologico che a quello anatomico, come per molti altri campi della medicina però non fino al punto da perdere di vista i classici tipi anatomici, che costituiscono solidi punti di riferimento nell'orientamento diagnostico.

Il relatore fu vivamente applaudito dall'uditorio. Il presidente dell'Accademia on. prof. ERMANNO FIORETTI ringraziando a nome di tutti i soci e dei medici di Roma, annunciò che la relazione di grandissimo interesse scientifico sarebbe stata pubblicata nel Bollettino dell'Accademia.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 15 maggio 1930.

Tumore della ghiandola carotidea. Exeresi con allacciatura dei vasi carotidei. Guarigione.

Prof. GIOVANNI CAVINA. — L'osservazione clinica illustrata dall'O. riguarda un individuo sessantenne, portatore da circa tre anni di un tumore del volume di un uovo di gallina, duro, mobile, indolente, situato nella regione laterocervicale destra superiormente alla cartilagine tiroide. In via di ipotesi fu emessa la diagnosi preoperatoria di linfoblastoma primitivo del collo: una diagnosi corretta forse non era possibile nel caso speciale, mancando il segno più caratteristico: la pulsatilità trasmessa dal tumore.

L'intervento praticato il 26 ottobre 1929 in anestesia tronculare e locale tutocainica fu assai indaginoso per gli intimi rapporti della neoformazione con i vasi carotidei, di cui fu inevitabile l'allacciatura. Tuttavia il decorso postoperatorio non fu turbato dal minimo disordine cerebrale: il lieto successo è forse da ascriversi al fatto che la compressione del tumore aveva determinato una progressiva riduzione di calibro della carotide interna.

L'O. descrive quindi i caratteri anatomici del tumore e ne illustra pure il reperto istologico, il quale dimostrò trattarsi verosimilmente di un *peritelioma*.

Infine, aggiunge brevi considerazioni sulla rarità del caso (appena una diecina di osservazioni nella letteratura italiana) e sul trattamento terapeutico che non deve essere sistematicamente operatorio. Quando il tumore presenta caratteri evidenti di benignità e quando non possa essere rimosso senza la legatura estremamente pericolosa dei vasi carotidei, è preferibile astenersi da un intervento radicale e ricorrere piuttosto alla radioterapia.

Azione della luce ultravioletta sulle proprietà tintoriali di alcuni germi.

Dott. G. SEGNI. — L'O. ha studiato le modificazioni che l'irradiazione ultravioletta induce sulle proprietà tintoriali di alcuni germi e particolarmente sui bacilli tubercolari e altri acido-resistenti, e sui bacilli difterici e pseudo-difterici.

Per tutti ha studiato la colorabilità al Gram e inoltre per i primi la acido-resistenza, per i secondi la colorazione dei granuli polari.

Un fatto osservato si è che l'effetto della irradiazione è in generale alquanto maggiore quando la irradiazione stessa si pratica a secco (sugli strisci) che non su emulsioni; ciò parla in favore di un'azione diretta sui germi.

Ma a parità di ogni altra condizione l'effetto che i batteri risentono è molto vario a seconda degli individui, il che porta un contributo alla dimostrazione che le culture non sono una omogenea vegetazione di germi tutti uguali, ma sono invece composti di gruppi di organismi a vario grado di resistenza, e forse v'è tutta una possibile seriazione da fare. La stessa cosa è verosimilmente a dirsi dei germi eliminati coi prodotti patologici (per es. escreati).

Per ciò che si riferisce all'effetto ottenuto sui vari germi sottoposti all'esperimento, e tenendo conto tanto delle accennate differenze tra sospensioni e strisci, quanto delle differenze individuali, i risultati possono riassumersi come segue:

1) *Bacilli tubercolari e acido-resistenti in genere.* — La colorabilità al Gram persiste in tutti dopo 30 minuti di azione, e nel bacillo della tubercolosi umana è parzialmente presente anche dopo 60 minuti. La colorabilità allo Ziehl, del pari più tenace nel bacillo della tubercolosi umana, è parzialmente integra anche dopo 120 minuti.

2) *Bacilli difterici e pseudodifterici.* — La colorabilità al Gram si trova già parzialmente distrutta dopo 60 minuti di azione; il bacillo difterico si mostra alquanto più sensibile dei pseudo-difterici.

La colorabilità dei granuli polari si comporta in modo analogo, ma non va completamente perduta, neppure nel bacillo difterico, per irradiazioni di 120 minuti, benchè dopo questo tempo il numero dei bacilli che offrono la colorazione metacromatica sia molto ridotto.

Ricerche sperimentali sulla patogenesi delle leucemie.

Prof. M. VOLTERRA. — L'O., in base ad esperienze eseguite sugli animali con iniezioni di ultrafiltrato di sangue leucemico, trae la conclusione che: nel sangue dei malati di leucemia mieloide sono contenute sostanze che introdotte endovena in animali da esperimento riproducono transitoriamente un quadro ematico di leucemia mieloide; che tali sostanze attraversano i filtri di collodione: sono perciò a molecola più piccola dei proteici; che il risultato di queste esperienze parla a favore della ipotesi che i processi leucemici rappresentino uno stato iperplastico dei tessuti emopoietici secondario a stimoli di natura chimica, forse derivati da alterato ricambio dei proteici.

Da queste prime esperienze sembrano risultare altri fatti del più alto interesse: appare, ad esempio, che le sostanze in questione sieno termostabili, almeno per 30 minuti a 56°; sembra inoltre che in seguito alle irradiazioni con i raggi Roentgen vada perduta o indebolita la capacità del sangue leucemico a determinare la riproduzione del quadro emopoietico negli animali.

Seduta del 12 giugno 1930.

Insufficienza surrenale acuta mortale per tubercolosi della ghiandole surrenali.

Prof. A. TERZANI. — L'O. riferisce di un uomo di 36 anni riconosciuto alcuni mesi prima in

stato di modico iposurrenalismo, che, ammalatosi improvvisamente con algie diffuse e febbre a 39°, ricoverò in ospedale ove, in quarta giornata di malattia, avvenne l'*exitus* con il quadro dell'iposurrenalismo acuto. L'esame a.-p., oltre a flogosi acuta emorragica o caseosa di varie stazioni ghiandolari, rilevò tubercolosi delle due surrenali. L'O. si domanda se, in base al quadro febbrile bruscamente iniziatosi (la temperatura il terzo giorno raggiunse i 39°) all'algia diffusa, alla cefalea, a fatti modesti di tracheite, possa sostenersi a fondamento del fenomeno ultimo mortale dell'iposurrenalismo già manifesto da tempo, una genesi infettiva sovrammessa (forse influenzale), o se la morte nello stato di iposurrenalismo acuto vada riguardata come la evoluzione semplicemente della forma cronicamente già stabilitasi di deficienza surrenale.

Sulle cause dell'azione battericida delle bevande alcooliche e in specie dei vini.

Dott. I. Corrieri. — Ha dimostrato come l'azione battericida verso il vibrione colerigeno dei vini in genere, nota da tempo, non dipende dall'alcool in essi contenuto, troppo scarso per possedere una qualsiasi azione battericida, nè, per le stesse ragioni, dalla glicerina, ma è dovuta massimamente agli acidi in essi contenuti e rafforzata dalle sostanze tanniche.

Tentativo di classificazione patogenetica delle porpore emorragiche.

Prof. A. Lunedei. — L'O., partendo da sue ricerche recenti che hanno messo in evidenza un terzo ordine di fattori da cui dipendono le emorragie capillari: i disturbi della regolazione tissulare dello stato e della funzionalità dei piccoli vasi, disturbi che possono essere di vario tipo e per i quali l'O. propone il termine di *angiofilia tissulare*, dopo avere ricordato le numerose classificazioni in uso, ne propone una basata sul meccanismo genetico delle emorragie nelle varie sindromi emorragiche.

L'O., che crede utile mantenere nei limiti del possibile la terminologia in uso, classifica le sindromi emorragiche in: 1) emofilia; 2) pseudoemofilia; 3) angiopsatirosi pura; 4) angiofilia parziale emorragica; 5) angiofilia totale (o morbo di Schoenlein-Henoch); 6) sindromi con emorragie a genesi multipla: morbo di Werlhof (costituzionale ed acquisito) ed omogeno-emofilia.

Le variazioni della vertigine voltaica nei traumatizzati del cranio.

Prof. A. Lunedei. — L'O. ha ricercato le variazioni della v. v. in numerosi traumatizzati del cranio e particolarmente in soggetti con traumi delle regioni frontale e parietale e non presentanti alcun'altra sintomatologia all'infuori dei disturbi subiettivi (dolore e parestesie) in corrispondenza della regione del trauma, nei casi pertanto dove più difficile è il giudizio, dal punto di vista infortunistico, sull'entità e sulla realtà dei disturbi accusati dal malato.

L'O. ha notato frequentemente in tali casi variazione della vertigine voltaica nel senso di aversi costante caduta dal lato del trauma, da qualunque lato si applichi il polo positivo. Ha notato inoltre in tali casi il fenomeno descritto recentemente dal Mück.

L'O. mette in evidenza le spiccate analogie fra queste variazioni e quanto avviene associando alla stimolazione galvanica del labirinto le stimolazioni tattili e termiche sulla cute e sulle mucose e quanto avviene nella prova galvano-calorica di Babinski. Interpetra il fenomeno come sintomo di fatti irritativi localizzati delle meningi.

I Segretari: L. Picchi e P. Niccolini.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 26 maggio 1930.

Presiede il prof. dott. Rinaldo Cassanello.

Le cisti da echinococco.

Prof. dott. M. Francini. — L'O. che dirige la Divisione Chirurgica dell'Ospedale di Grosseto, ove l'echinococco è notoriamente molto diffuso, esamina, sulla scorta della propria esperienza personale e di quella molto maggiore del suo Ospedale, il capitolo della echinococcosi umana.

Di essa studia la eziopatogenesi, le varie molteplici localizzazioni secondo i dati statistici della letteratura e quelli desunti dal materiale clinico dell'Ospedale di Grosseto.

Passa quindi all'esame dell'anatomia patologica delle cisti idatidee nel loro periodo di formazione e nello stato adulto, studiando ancora le modificazioni degli organi ospiti.

Descrive la evoluzione delle cisti idatidee, le complicazioni in esse possibili, gli esiti, specialmente prendendo in considerazione quelle delle sedi predilette, la epatica e la polmonare.

Passa poi allo studio della sintomatologia clinica e della diagnostica mettendo in particolare rilievo l'importanza dell'esame radiologico, dell'ematologico e della intradermoreazione di Casoni.

Parla della prognosi dell'echinococco delle diverse sedi, passando infine all'esame delle indicazioni terapeutiche e della tecnica operatoria.

Chiude la trattazione presentando materiale anatomo-patologico fra cui una serie di pezzi di echinococcosi bovina, mettendo in rilievo le differenze fra la echinococcosi bovina e la umana. Presenta infine un buon numero di radiografie.

Forme cliniche e divenire della mola vescicolare.

Dott. A. Zacutti. — L'O. riporta 8 casi di mola vescicolare e 7 di corio-epitelioma e tratta in speciale modo delle varie forme cliniche della mola vescicolare e degli esiti presenti e remoti di essa, soffermandosi su alcuni casi clinici osservati.

Nella seconda parte tratta del corio-epitelioma come trasformazione della mola vescicolare, con speciale riguardo alle cisti luteiniche. In ultimo espone la terapia delle due affezioni.

Sulla profilassi antitubercolare alla Spezia.

Prof. dott. C. Giaume. — L'O., ricordati succintamente alcuni capisaldi delle moderne vedute sull'eziopatogenesi della tubercolosi e premesso un rapido esame delle provvidenze finora attuate alla Spezia, nel campo della difesa del bambino contro la tubercolosi, dimostra la necessità che

vengano sollecitamente istituiti un preventorio infantile ed un consultorio antitubercolare riservato all'infanzia.

Ancora su una rara anomalia dell'epifisi inferiore dell'ulna

Dott. G. Corsi. — L'O., a proposito di un nuovo caso di distacco bilaterale non traumatico dell'apofisi stiloide del cubito, identifica tale distacco coll'osso triangolare del carpo di Pfitzner e ne conferma l'etiogenesi, come dovuta ad un difetto di ossificazione dell'epifisi inferiore dell'ulna.

Il Segretario: C.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 25 aprile 1930.

Pielografia endovenosa coll'uroselectan.

Prof. De Gironcoli e Dott. Faccini. — Il primo mette in rilievo l'importanza che l'uroselectan dovrà acquistare quale mezzo di indagine funzionale specie nei casi non accessibili alla cistoscopia.

Per quanto riguarda l'immagine pielografica essa risultò nei casi studiati dall'O. molto netta quando si trattava di processi che s'accompagnano a ristagno d'orina nelle alte vie urinarie, mentre negli altri casi la pielografia retrograda è indubbiamente superiore a quella endovenosa.

Non ha mai avuto a lamentare nessun inconveniente dall'iniezione endovenosa dell'uroselectan. È riuscito ad ottenere buoni immagini anche con metà dose.

Il secondo riferisce dal punto di vista radiologico sui primi risultati ottenuti coll'uso dell'uroselectan nello studio delle malattie renali.

Egli però non si dichiara entusiasta al punto di dover riconoscere nel nuovo metodo di indagine quella che può sostituire almeno per ora la pielografia retrograda. Riconosce il valore di questo nuovo mezzo per rilevare la funzionalità renale, per l'esame della vescica specie nei prostatici ed in un prossimo avvenire per la radioscopia degli ureteri e nei rari casi di impervietà degli stessi al cateterismo per stenosi organiche o funzionali o per vizi di posizione. Il reperto radiografico è ben lontano dall'essere costantemente così dimostrativo come invece si ottiene nella pielografia retrograda nonostante un artifizio a cui l'O. è ricorso provocando un rallentamento al deflusso dell'urina in vescica con dei cuscinetti legati saldamente alla C. V. dove gli ureteri possono esser compressi. Nei 6 casi presentati uno solo fu veramente dimostrativo. Conclude col dire che i due mezzi di pielografia in discorso si completeranno a vicenda senza che l'uno possa sostituire completamente l'altro.

Sulla cistectomia totale.

Prof. De Gironcoli. — L'O. presenta un caso di cistectomia totale per carcinoma papillifero occupante tutta la vescica. Il malato fu operato in tre tempi e la sostituzione del serbatoio vescicale fu praticata secondo il metodo di Makkas-Langemann:

1) esclusione ileo-ceco-colica. Ileotrasversostomia, appendicostomia;
2) innesto degli ureteri nel moncone dell'ileo;
3) cistectomia totale per via anteriore.

Il malato ha sopportato bene tutti e tre i tempi che furono praticati a distanza di 14 giorni l'uno dall'altro, sempre in anestesia eterea.

L'operazione risale a due mesi e le condizioni generali sono andate notevolmente migliorando. L'orinazione si effettua attraverso l'appendicostomia nella quale è stata introdotta una siringa Pezzer a permanenza.

Rapporto costante degli organi splancnici e dei vari segmenti ossei specie della C. V. colle varie combinazioni morfologiche.

Dott. Faccini. — Constatata la condizione di normalità degli organi in rapporto al tipo costituzionale cui il soggetto sano si riferisce, il R. dalla differente disposizione, forma, volume che presenta un organo in confronto di quello che dovrebbe avere considerata la morfologia dell'esaminando deduce logicamente che quell'organo che non corrisponde al tipo dell'individuo rappresenta una disarmonia dell'essere e deve l'organismo considerarsi ammalato. Il R. porta parecchi esempi ad illustrazione della sua tesi e viene alla conclusione che ciascun organo ha una determinata forma, disposizione, e grandezza a seconda che appartiene ad una delle tre combinazioni morfologiche, e quando uno o più organi si differenziano notevolmente nel loro aspetto, la causa che ne determina la discordanza dev'essere ricercata talora anche fuori dell'organo disarmonico come quella che ne costituisce il momento patogenetico.

Riferendosi agli studi del Putti presentati nel maggio del 1928 al Congresso Radiologico di Firenze su quella modificazione dei corpi del segmento lombare della C. V. detta platispondilia mette in rilievo che, essendo la C. V. la parte del nostro scheletro che più addimostra la esistenza del rapporto di altezza e larghezza dei singoli corpi con le combinazioni morfologiche, la platispondilia ha valore quando riscontrata in normotipi o macrosplancnici superi i limiti compatibili con l'armonia delle proporzioni.

Il Segretario: Dott. Fabris.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Allergia e immunità tubercolare.

Per la maggior parte degli autori osserva Cioffi E. (*Morgagni*, marzo 1930, n. 12) l'allergia è considerata come l'indice e l'esponente di immunità, in quanto che essa è atta a dimostrare quale è il grado di difesa dell'organismo di fronte all'infezione specifica. Bisogna ammettere che l'immunità tubercolare è immunità da infezione contro la superinfezione.

Contrariamente all'ipotesi che lo stato immunitario tubercolare non sia ne inoculabile nè trasmissibile, e che quindi i sieri antitubercolari non possano essere antitossici, dal punto di vista clinico (a parte gli esperimenti positivi di Romer) bisogna ritenere che il siero antitubercolare, in casi di scompenso tossico (febbri, sudori, dispnea) purchè non datanti da molto tempo, agisce in modo benefico e costante, allontanando la sindrome minacciosa.

Parrebbe che tanto l'immunità quanto l'allergia tubercolare dovessero avere il loro fondamento in processi essenzialmente istogeni. Ormai è dimostrato che tra allergia tubercolare e immunità si deve parlare di parallelismo di fenomeni e non di identità.

A proposito della teoria allergica di Ranke per la quale sono stabilite tre fasi nel decorso della tubercolosi con relative reazioni allergiche, più o meno sensibili, fasi tra le quali ha la massima importanza il complesso primario caratteristico della prima età, è notevole il fatto che i segni precocissimi della tubercolosi (tipo il segno di Boeri) non abbiano che scarsa allergia positiva e nessun'ombra radioscopica tranne che alle glandole ilari.

Per la diagnosi precoce della tubercolosi, il segno di Boeri (algia e ipotrofia dei cucullari) è così delicatamente squisito, e così spiccatamente apicale, per cui non può venire assolutamente confuso con quegli altri segni inerenti alle diagnosi così dette *precoci*, intese nel senso moderno, esempio l'*infiltrato precoce* che il più delle volte non sarebbe apicale, ma sottoapicale o infraclavicolare, che dà sempre un'ombra radioscopica riferibile al focolaio e che evolve quasi sempre fino alla caverna così detta precoce.

Queste asserzioni che urtano così violentemente contro gli antichi criteri relativi all'apice, non sono stati ancora suffragati esaurientemente nè dalla clinica nè dall'anatomia patologica. S. A.

L'allergia tifica.

È un argomento trattato ampiamente in una tesi da J. Delalande (L. Arnette ed., Paris).

Col nome di allergia tifica l'A. intende la reazione che si nota nei malati di febbre tifoide, usando un antigeno tifico, costituito da una soluzione di globuline estratte dal bacillo di Eberth, o dai paratifici, e messe a contatto per lungo tempo col formolo. Questo estratto presenta un valore antigenico elevato, non è affatto tossico, e permette il suo uso per intradermoreazione, senza alcun pericolo.

Questa reazione, che pare dovuta ad una intolleranza da parte dell'organismo verso le proteine che costituiscono il bacillo di Eberth, nel 75 % dei tifici è positiva; risulta negativa nei casi gravi, e persiste positiva per diversi anni, ad infezione superata; non è però strettamente specifica, e può essere ottenuta con i paratifici. La reazione si accompagna ad una elevazione di temperatura nei soggetti tifosi, mentre manca ogni temperatura nei soggetti sani. In questi ultimi la reazione è negativa nel 70 %; positiva nel 30 %. Questa positività pare che non debba essere attribuita a vecchie infezioni o a portatori di germi di Eberth, ma dipendente da una speciale sensibilizzazione per i microbi intestinali, il cui antigeno provoca una reazione positiva.

Da queste ricerche appare che l'immunità tifica sembra una immunità cellulare acquisita per tutti i tessuti; lo stato allergico viene rinforzato, o si stabilisce colle vaccinazioni, le quali con la produzione *in loco* di fenomeni infiammatori, agiscono beneficamente sull'infezione del sistema linfatico. CARUSI.

SEMEIOTICA.

Sul valore della pneumopielografia nella diagnosi dei tumori del bacinetto.

J. Bedrna e J. Simon-Brno (*Journ. d'Urol.*, maggio 1929) rilevano che la diagnosi di un tumore del bacinetto, anche con i mezzi più moderni, è sempre difficile.

L'ematonefrosi intermittente sarebbe un segno quasi patognomonico del papilloma del bacinetto; così pure l'associazione in una vescica normale di un'ematuria renale unilaterale con un papilloma in vicinanza del meato ureterale deve far subito pensare al papilloma del bacinetto. Però un esame radiologico severo assume il suo massimo valore. In una radiografia semplice possono essere visibili, in particolari casi con incrostazioni calcaree, le ombre speciali di queste. La pielografia, con i mezzi opachi ordinari, riesce nell'intento solo nei casi di tumori estesi alteranti l'immagine della pelvi; ma nei casi iniziali o limitati non dimostra nulla se il tumore non è situato proprio sul contorno del profilo del bacinetto. Gli altri piccoli tumori situati altrove sono coperti dall'ombra del mezzo opaco, sfuggendo perciò alla nostra osservazione. In questi casi solo la pielografia per mezzo di gas può rendere visibili questi piccoli tumoretti ovunque

situati. La pneumopielografia è insomma il mezzo di scelta per la diagnosi di affezioni localizzate nell'interno del bacinetto (calcoli urici e tumori); però in casi di tumore occorre che l'immagine sia costante in almeno due sedute con l'intervallo di alcuni giorni, perchè un coagulo potrebbe trarci in inganno. La pneumopielografia, eseguita con tecnica esatta, non è affatto pericolosa, come hanno dimostrato i 345 casi di pneumopielografie eseguite nella clinica chirurgica di Brno, e quei più numerosi di Gottlieb, Strokoff, Goldenberg e Chauvin.

Gli AA. riferiscono una interessante osservazione personale e concludono che in tutti i casi di ematuria, in cui la pielografia comune non permette una diagnosi esatta, è necessario ricorrere alla pneumopielografia per completarla.

V. LOZZI.

Indicazioni, valore diagnostico e pericoli della pneumoradiografia (pneumorene).

La pneumoradiografia venne eseguita in sette casi di tumore del rene da E. Dózsa (*Zeits. f. urol. Chir.*, vol. 18, fasc. 4-5, pagine 365).

In sei i risultati ottenuti portarono alla conferma della diagnosi. Nell'ultimo paziente, dopo l'introduzione di 150 cmc. di ossigeno comparvero fenomeni gravi che andarono progressivamente aumentando e tanto rapidamente da essere seguiti da morte dopo 10 minuti. L'autopsia dimostrò che nella distensione provocata dal gas nella capsula adiposa, una grossa vena della superficie del tumore era stata lacerata e il gas insufflato aveva prodotto una embolia gassosa mortale. L'A. raccoglie altri casi di morte attribuibili al pneumorene e ne discute la patogenesi.

L'indicazione del pneumorene dovrebbe esistere solo in casi eccezionali quando gli altri mezzi di indagine urologica e radiografica non portino a risultati sicuri. Il valore diagnostico del pneumorene è notevole specie nei casi di tumori iniziali quando la diagnosi non può esser fatta in nessun modo e dove l'immagine del contorno renale può dirci con sicurezza la presenza o meno di un neoplasma. Però, come lo dimostra il caso dell'A., questo mezzo di diagnosi presenta dei pericoli che non sarebbero compensati dai risultati. Val meglio quindi, in casi di dubbio di arrivare alla lombotomia esplorativa direttamente.

VALDONI.

CASISTICA.

Due tumori addominali di difficile diagnosi.

Il Ronchetti (*L'Ospedale Maggiore*, 31 ottobre 1929) ha descritto una cisti colloide pararenale e un fibrocondromixosarcoma retroperitoneale in cui la diagnosi si presentava particolarmente difficile. Nel primo caso si trattava di una donna giovane, che da 12 anni aveva lievi turbe dispeptiche e da tre anni un dolore muto gravativo all'ipocondrio sinistro dove, all'inizio di questo dolore, fu trovata una tumefazione attribuita alla milza. Entrata in ospedale per debolezza, tendenza a lipotimie, prostrazione ed emissione di feci molto scure presentava all'ipocondrio sinistro una tumefazione globosa, liscia, indolente, tesa, che si perdeva in alto sotto alle coste e giungeva in basso fino a 3 dita dal bordo costale, non spostabile passivamente, ma spostabile in basso durante le inspirazioni profonde. Questa tumefazione che dava suono ottuso occupava la metà interna dello spazio di Traube e dava imperfettamente il senso del ballottamento alla palpazione bimanuale. Addome trattabile, indolente; non ascite.

L'esame del sangue dimostrava notevole oligocitemia e oligocromemia, con valore globulare 1, e leucocitosi. Wassermann negativa. Radioscopicamente: accollata sotto e all'interno all'ombra splenica una tumefazione palpabile che risospingeva lo stomaco verso l'interno. Una puntura esplorativa dava liquido bianchiccio, viscido, filante, contenente numerosissimi cristalli di colesterina, numerosissimi corpuscoli di Gluge, numerosi leucociti polinucleati alterati, qualche emazia, qualche goccia di grassi neutri, numerose zolle colloidee d'aspetto untuoso che non si colorano col Sudan III nè col Nilblau, senza fermenti triptici, nè lipasi, nè amilasi e la cui cultura rimane sterile. Le feci, picee, contenevano sangue.

L'esame delle urine era negativo, mentre col cateterismo ureterale si riscontrava la presenza di gomiti nell'uretere sin. e impossibilità dalle due parti di introdurre il catetere oltre i 15 cm. Dai due reni si raccoglieva urina ematica.

L'A., dopo aver esposto una classificazione di tutti i tumori cistici dell'addome, discute ampiamente la diagnosi da lui fatta di cisti colloide pararenale sinistra, con punto di partenza probabile dall'abbozzo embrionale dell'apparato genito-urinario con tendenza ad estrinsecarsi in avanti fra milza, stomaco e colon trasverso. E coll'atto operativo si potè estirpare un tumore cistico che aveva tutti i caratteri degli adenomi cistici di provenienza da residui del corpo di Wolff.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 58 anni, senza precedenti morbosi importanti, che da due mesi aveva tosse, deperimento, febbrette vespertine. Si palpava la cistifellea nettamente; il margine inferiore del fegato si palpava sulla linea mediana, tagliente. Spostando la cistifellea si palpava il rene destro. Al disopra della massa renale si avvertiva un solco che la separava da un'altra massa che occupava la regione sottodiaframmatico-retroepatica e soprarenale e non si spostava coi movimenti respiratori. Non ascite. Non reticolo venoso, addominale. Negative l'esplorazione vaginale e rettale. Negative la ricerca del b. di

Koch nell'espettorato e la Wassermann sul sangue. Oligocitemia, oligocromemia, leucocitosi. Le punture esplorative della massa tumorale diedero qualche goccia di liquido ematico contenente, al microscopio, gli elementi del sangue. La tumefazione era andata crescendo fino alle dimensioni di una testa di bambino, lo stato generale si era aggravato. Comparvero ascite, versamento pleurico bilaterale, edemi ai lombi, alle natiche e alla radice delle cosce. L'insufflazione del colon sospinge in alto la massa tumorale e i suoi annessi (cistifellea, rene destro). Morta l'ammalata fu confermato coll'autopsia che si trattava di tumore sottodiaframmatico a destra, soprarenale e retroepatico. Istologicamente il tumore era un fibro-condro-osteo-mixosarcoma con fatti infiammatori reattivi assai spiccati. R. LUSENA.

Casistica oncologica. Cordoma in sede non abituale.

Rubaschow (*Zent. f. Chir.*, 1929, n. 3) in un bambino di un giorno ha estirpato un tumore peduncolato sorto dal margine alveolare del mascellare superiore e sporgente dalla bocca. L'esame istologico dimostrò trattarsi di un cordoma. Rivedendo nella letteratura il lavoro completo di Coenen sul cordoma ritiene che la sede del mascellare superiore sia estremamente rara. R. BRANCATI.

Due casi di neoplasie in lobi mammari aberranti.

G. Montemartini (*Giornale Medico dell'Alto Adige*, aprile 1929) illustra due casi di neoplasie insorte in lobi mammari aberranti: in uno si trattava di un epitelioma tubulare, avente sede presso la terza articolazione condrosternale d.; nell'altro di una lesione incerta fra un fibro-adenoma cistico e la malattia cistica di Reclus, a sede ascellare d. G. MATRONOLA.

Il carcinoma dei giovani.

Nel centro di ricerche sperimentali sul carcinoma, istituito nella II Clinica chirurgica di Budapest, E. Hudacsek (*Rinascenza Medica*, n. 23, 1929) ha studiato l'abbondante materiale per vedere se è vero lo spostamento del limite di età del carcinoma verso l'età giovanile.

I carcinomi giovanili possono dividersi in 3 gruppi:

1) *carcinoma adolescentium*, il carcinoma dei bambini e degli adolescenti, da 1 a 20 anni;

2) *carcinoma juvenile*, da 20 a 30 anni;

3) *carcinoma dell'età media*, da 30 a 33 anni.

In base a tale classificazione dei 1601 carcinomi, osservati nell'ultimo decennio, 78 appartengono alle classi di età giovanile, cioè il 4,8 %. Di questi dell'età da 1 a 20 anni vi sono 2 casi (0,13 %), da 20 a 30 anni 26 (1,6 %), da 30 a 35 anni 50 (3,1 %). Considerando i carcinomi strettamente giovanili, cioè fra 1 e 30 anni, si ha la percentuale di 1,7 %.

I casi dei primi tre decenni, dal 1919 al 1929, sono all'incirca nella stessa proporzione anno per anno, mentre pel quarto decennio si rileva un aumento negli ultimi anni.

Non si può quindi parlare di un aumento dei carcinomi giovanili e lo spostamento minimo rilevato fra i 30-40 anni è da riferirsi probabilmente ad un perfezionamento della diagnosi precoce e ad una maggiore sorveglianza da parte della popolazione.

C. GIACOBBE.

La febbre nei tumori maligni.

La febbre durante il decorso d'un tumore maligno è cognizione antica. Pescarolo (*Min. Med.*, n. 27, 1929) tratta delle diverse localizzazioni carcinomatose che sogliono dare febbre. Di queste, il cancro del fegato è il più frequente a produrre la febbre, la quale suole insorgere fin dal principio. Segue il carcinoma della tiroide, il quale è sempre febbrile.

Invece i tumori di alcuni organi (mammella, testicoli) decorrono senza febbre, mentre le loro metastasi negli organi interni si accompagnano a febbre.

Sono anche febbrili: il cancro dei genitali femminili, del rene, del polmone, della pleura, dell'intestino. Quello dello stomaco talora decorre afebbrile.

La carcinosi miliare, diffusione di cancri localizzati, si accompagna a febbre.

La febbre in tali casi è messa in rapporto con alterazione regressiva delle cellule e dello stroma neoplastico, o col fattore oncogeno.

CAR.

TERAPIA.

La cura dell'eczema cronico.

Numerosi AA. ritengono oggi che l'allergia abbia gran parte nell'etiologia dell'eczema; e Brulus (*Dtsch. Med. Woch.*, n. 19-20, 1930) è tra questi.

Si conoscono numerose cause capaci di provocare l'eczema: sono le sostanze che irritano la cute (trementina, colori d'anilina, ecc.), sostanze vegetali (anemoni, crisantemi) e sostanze di uso comune nella vita (lacca del ricevitore della radio, sostanze che tingono i capelli, pellicce colorate, ecc.).

Naturalmente l'allergia è capricciosa, individuale, e varia anche nella stessa persona, che può essere sensibilizzata verso più sostanze o sensibilizzata prima per l'una e poi per l'altra; ne consegue la difficoltà di scoprire la causa attuale dell'eczema in quel dato malato, e spesso l'impossibilità di farlo.

Ma, oltre alle sostanze che agiscono dall'esterno, anche quelle interne (entrate col respiro, coll'alimentazione, con le medicine) possono dare eczema: e infine vanno ricordati i mo-

menti costituzionali: la tendenza dei polisarcici e dei diabetici agli eczemi, la loro coincidenza colle mestruazioni e col climaterio, con l'asma e la gotta, ne sono altrettante prove.

Con tutto questo l'eczema resta però un processo cutaneo, che va curato come tale.

Le forme acute o acutizzate devono essere trattate prima blandamente, poi con energia sempre maggiore: si useranno paste di resorcina e poi di zolfo, di ittiolo, salendo al pirogallolo e alla crisarobina.

Le forme croniche saranno trattate, specie se c'è formazione di croste, con zinco, bismuto: poi con paste di zinco a concentrazioni crescienti (2-5-10 per cento). Jadassohn consiglia il calmitol che contiene iodio, aldeide canforica, mentolo e oleato di joscina, e che l'A. ha usato con vantaggio, associandolo ai medicamenti usuali.

Gli eczemi di natura seborroica saranno curati con preparati di zolfo.

Utili le spennellature di catrame (l'A. consiglia soluzioni a concentrazione crescente), *liquor carbonis detergens*: a queste si fa seguire l'applicazione delle paste.

In coloro che non sopportano le paste e le pomate gioveranno molto le miscele di resorcina-ammonio solfo-ittiolo e tumenolo; l'A. raccomanda anche, come preparato a base di catrame poco irritante, il catrame nero, non purificato (grezzo).

I punti dell'intertrigine, solchi delle mammelle e delle ascelle, e anche le regioni genitale e anale possono essere sede di eczema: ma più spesso si tratta di affezioni micotiche, che si distinguono dall'eczema per la netta delimitazione dei margini: nell'eczema anale e genitale si curerà in modo particolare il prurito che è molestissimo: le pomate più blande saranno spalmate anche sull'inizio della mucosa.

Negli eczemi secchi dello scroto giovano le spennellature di catrame.

Se la vagina è infiammata, ci si asterrà dalle formule troppo irritanti (catrame); in *ultima ratio* si può ricorrere alla radioterapia.

Gli eczemi delle estremità (ginocchi, gomiti) saranno curati specialmente con il catrame, a cui si può aggiungere l'acido salicilico.

Gli eczemi del letto ungueale sono spesso ribelli ad ogni cura, anche ai raggi: si può tentare l'immersione delle mani in acqua calda e il lavaggio con sapone verde.

Talora si tratta di affezioni micotiche: la localizzazione interdigitale è, come è noto, caratteristica.

Gli eczemi degli arti inferiori si curano con applicazioni di pomate.

Nell'eczema del capo si usi l'acido salicilico, insieme con pomata allo zolfo e al precipitato di mercurio; nell'eczema del viso paste di resorcina e tumenolo; della bocca, paste al precipitato di mercurio; della barba (tenaci!), depilazione e radioterapia profonda, associate alle paste solite.

Questi sono i fondamenti della terapia: ma essa muterà di volta in volta e nella stessa persona, adattandosi ai mutamenti della malattia.

Le medicazioni si staccheranno con dolcezza, e ciò si farà solo una volta al giorno: i bagni si possono fare, sopratutto nelle forme croniche, un po' per eliminare il secreto, un po' per affrettare il processo di guarigione.

La cura interna, cui logicamente vanno rivolte tante speranze, è, in effetto, inefficace, perchè brancola nel buio. Lo si vede subito dalla serie di tentativi che l'A. propone di fare, senza molta convinzione.

Una cosa è certa: bisogna alleviare il prurito che impedisce il sonno, eccita il sistema nervoso e provoca il grattamento; a questo fine potrà essere necessario di ricorrere agli oppiacei, non esclusa la morfina.

La dieta va regolata coll'escludere da lei ogni eccitante: nelle diatesi essudative si limiterà l'introduzione delle bevande.

Utili i bagni iodati e arsenicali (Levico, Roncegno): in genere questi luoghi di cura giovano più per l'influenza dell'ambiente, dell'aria, del sole, ecc., che per l'azione specifica delle acque.

V. SERRA.

La cura di varie malattie cutanee col calcio e il vigantolo.

Un'abbondante letteratura si è andata raccogliendo da qualche anno sul Vigantolo.

Dopo averla rapidamente riferita, il Lauber (*Münch. Medizin. Wochenschr.*, n. 18, 1930) ricorda le proprie osservazioni: egli ha nel corso dell'anno passato curato con Vigantolo molti bambini, sia rachitici che colpiti da eczemi: il risultato è stato ottimo.

Incoraggiato da questo suo primo successo l'A. ha esteso questo metodo di cura agli adulti, e riferisce casi di orticaria e di intertrigini, ribelli a ogni cura, che sono rapidamente guariti con l'uso del Vigantolo e del Calcio associati.

L'A. consiglia di estendere questo criterio terapeutico, associandolo magari ad altre cure (terapia stimolante ecc.).

V. SERRA.

VARIA.

Perchè si studia medicina?

Il prof. G. B. Ughetti, l'autore di « Medici e clienti », in un articolo pubblicato in *Rinascenza Medica*, n. 4, 1930, analizza le cause determinanti la scelta della carriera medica nei giovani o nelle famiglie; cinque sarebbero questi moventi: 1) l'*eredità*: figli e nipoti di medici; però si fa sempre più rara; 2) l'*imitazione*: l'esempio di qualche conoscente o lontano parente che con la medicina ha fatto fortuna; 3) la *suggestione* da parte di amici o familiari abbagliati dall'agiatezza di qualche celebrità di loro conoscenza senza che sappiano valutare le difficoltà dello studio medico e talvolta anche mossi dall'ambizione di aver un figlio ippocratico; 4) la *vocazione*, che l'Ughetti ammette come assai rara per la medicina a differenza dell'attrazione particolare per la musica o le belle arti; 5) il *caso*, che spesso è l'unico determinante e che può eventualmente condurre a successi e ricchezza, ma ben anche, e il più spesso, a delusioni e sconforti.

Per l'educazione pratica dei laureandi in medicina.

L'affollamento nelle scuole superiori rende scarsa l'istruzione pratica che i laureandi possono acquistare nelle singole materie. Per ovviare a tale deficienza l'Università americana di Cincinnati ha introdotto per gli studenti in ingegneria e per quelli in medicina il così detto *cooperative system*: cioè gli studenti di ogni corso alternano settimanalmente in due squadre lo studio scientifico con il lavoro manuale, che per gli studenti in medicina si compie nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratorii, quali infermieri, inservienti e assistenti. Il metodo ha dato ottimo successo.

Il prof. Arnaldo Trambusti della Università di Genova in un articolo del « Giornale di Genova », vista l'affluenza grande agli studi medici nei nostri Atenei e la deficiente attrezzatura dei laboratorii e istituti, ventila l'idea se non fosse opportuno per la preparazione pratica dei futuri medici, d'introdurre lo stesso sistema.

I ristoranti delle stazioni tedesche.

Sulle ferrovie tedesche tremila *buffets* costituiscono un notevole gruppo di ristoranti della Europa Centrale. Il primo *buffet* venne impiantato alla stazione di Althen, fra Dresda e Lipsia. Oggi è la stazione centrale di Lipsia che possiede il più importante *buffet*: durante la fiera riesce a servire 40 mila persone al giorno. Vende ogni settimana 144 mila panini, 32 mila uova, 18 quintali di burro, 20 di caffè, 250 di patate.

I concessionari devono impegnarsi a vendere alimenti e bevande di buona qualità a prezzi non superiori a quelli della località; devono generalmente mettere a disposizione dei viaggiatori più modesti un pasto a prezzo ridotto, comprendente una minestra ed un piatto caldo. A Berlino, Dresda, Amburgo, i *buffets* offrono piatti speciali per vegetariani e la stazione di Anhalt, a Berlino, prepara anche pasti speciali adatti per diabetici e sofferenti di altre categorie di malattie. In molte città i ristoranti di stazione sono largamente forniti delle specialità locali. Nel 1929 gli introiti dei *buffets* erano valutati a 15,6 milioni di marchi.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Consultazioni per corrispondenza.

Da qualche tempo ho avuto l'occasione di leggere le lettere che ammalati di tutti i generi e da ogni parte d'Italia scrivono ad un periodico che ha la rubrica delle consultazioni mediche. Mi sono per curiosità limitato a prendere solo visione di detto materiale senza sobbarcarmi al grave compito di rispondere, compito grave e difficile perchè, ed è bene dirlo subito, alla consultazione per corrispondenza si rivolgono principalmente quelli che non sono rimasti soddisfatti dei loro medici curanti, e quasi sempre non per colpa dei curanti, ma proprio per deficienza dell'arte medica.

Io non starò qui a discutere quanto un tale genere di consultazioni possa riuscire utile agli ammalati; però il fatto che queste rubriche vanno facendosi sempre più numerose e più precise, fa pensare che esse siano di qualche vantaggio per chi vi ricorre; e sarebbe forse maggiore se potessero mantenersi del tutto indipendenti dallo spirito commerciale e reclamistico, che spesso è proprio quello che le sostiene.

È certo che la lettura delle numerose lettere che ogni giorno giungono dai più lontani paesi potrebbe riuscire utilissima ai medici esercenti, perchè leggendo gli scarsi risultati di tante cure fatte ed i giudizi che ne scrivono i malati, si ha modo di apprendere quali siano le vere difficoltà dell'esercizio pratico; quanto spesso venga a mancarci l'aiuto della scienza e quanto poco giovi il ripiego di guadagnare tempo, quando non si abbia una meta prefissa dove arrivare.

Un altro lato molto utile delle consultazioni per corrispondenza è questo; che per lo più il malato espone i suoi casi con una sincerità che manca nella consultazione diretta. Gli stessi malati spesso confessano di aver taciuto al loro medico questo o quel particolare, e quasi per reazione, enumerano tutti i loro vizi, tutti gli abusi di vino, di fumo e di venere; tanto che spesso arrivano a vere confessioni generali. E questo ci porta alla conclusione che non si deve credere troppo ciecamente a quello che i malati raccontano al medico, nè pensare che essi ci dicano sempre tutta la verità.

Ciò premesso, esaminiamo quali sono i malati che si rivolgono al medico per il tramite del giornale, dividendoli in categorie. Troviamo per primi i malati che si vergognano di dire direttamente i loro mali, e principalmente i malati della sfera genitale, tra cui i più scoraggiti sono gli impotenti veri e completi. Gli sforzi di dolore e di disperazione di questi malati spesso fanno compassione. Vi sono poi i viziosi, quelli cioè che chiedono rimedi per aumentare la loro resistenza nelle lotte di venere; poi tutta una schiera di onanisti, spermatorroici, ecc.; però nessuno scrive per le aberrazioni dell'istinto sessuale. Vengono poi quelli che hanno difetti fisici che vorrebbero correggere e che si vergognano di andare dal medico ad esporre i loro desideri. E sono quasi sempre gli stessi difetti che vengono accusati: obesi che vogliono dimagrare e magri che vogliono ingrassare; donne di piccola statura che vogliono crescere e giovani che non vogliono allungarsi troppo; individui con canizie e calvizie precoci; donne con mammelle pendule, ecc. Tutta gente alla quale purtroppo non si sa che cosa rispondere.

Un'altra categoria ben definita è data da quelli che si lagnano degli incomodi della vecchiaia, non volendo rinunciare alle abitudini che richiedono un certo sforzo muscolare. Curiosi sono gli sfoghi di individui ultrasettantenni che si lagnano di deficienze e di debolezze che ritengono precoci e chiedono un rimedio, dimenticando che anche la macchina uomo cogli anni si logora, in specie se non si è saputa tenere da conto quando essa era ancor buona.

La categoria più numerosa, però, è data dai malati veri, ma di difficile cura e che hanno cambiato diversi medici, girato gabinetti, tentato cure moderne senza averne ricavato alcun vantaggio.

Appartengono a questa categoria: i nevropatici, i gastropazienti, i tubercolosi ed i diabetici. Tali malati sono completamente scoraggiti dei soliti rimedi e, se pure hanno conservato un certo ritegno trovandosi davanti a uomini di scienza, nell'incognito, essendo ormai completamente sfiduciati, dichiarano apertamente l'inutilità delle cure che hanno seguìto con tanto scrupolo, con tanta fede e senza averne ricavato alcun giovamento. Non restava loro che tentare la consultazione per corrispondenza e quindi provano anche questa, pensando forse che esaurite le risorse della scienza conveniva tentare l'incognito prima di passare proprio al ciarlatanismo.

Il medico di fronte al caso che non ha una cura scientifica causale, chiude la sua consultazione con una ricetta per il sintoma, sperando più nel valore suggestivo che in quello medicamentoso, e non pensa che di fronte ad una malattia dichiarata, la suggestione vale poco, e che perciò certi convenzionalismi alla fine non servono che a scoraggiare maggiormente il povero infermo.

I gastropazienti descrivono con esattezza le loro sofferenze ed enumerano tutti i rimedi

loro prescritti e il meschino risultato che ne hanno ricavato. Maggior sfiducia ed amarezza si trova nelle lettere dei tubercolotici, che destano la più grande pietà. I nevropatici in genere, i nevrastenici in specie, descrivono minutamente tutte le loro sofferenze, tutti i loro difetti e i loro abusi. Nel leggere le lettere di questi nevropatici si resta meravigliati nel sentire come individui che pur vivono nel libero consorzio, abbiano tante idee strambe che si vergognano di manifestare apertamente, ma che espongono con completa sicurezza, nell'incognito. Sono lettere che a volte fanno ridere, alle quali però conviene rispondere trovando sempre parole di conforto per tante sofferenze. Anche i diabetici sono spesso poco contenti dei loro curanti e perciò anch'essi ricorrono al giornale. Nelle malattie della pelle il maggior contingente è dato da quelli che soffrono per prurito: molestia atroce contro la quale siamo quasi disarmati.

I venerei fanno gruppo a sè e non sono troppo numerosi; per lo più sono blenorragici che vedono ritardare molto la loro guarigione, o qualche luetico che vuol curarsi bene prima di ammogliarsi. I malati di questo gruppo quasi tutti si lagnano delle troppe cure alle quali vengono sottoposti dai curanti e delle spese che debbono incontrare. Sono quasi gli unici che si lagnano per le spese di cura; tutti gli altri malati poco si dolgono dei loro sacrifici finanziari.

I medici, di solito, riguardano con un sorriso misto di scherno e di spregio queste rubriche di consultazioni per corrispondenza, e non pensano che i malati vi ricorrono appunto perchè non sono rimasti quasi mai soddisfatti della consultazione diretta fatta sia dal modesto praticante, che dal rinomato professore. Anzi, dalle lettere di questi ammalati che espongono ordinatamente le varie cure fatte, si può vedere, e ciò ad onore dei modesti professionisti, come nulla di più ricavarono dalla visita delle più rinomate celebrità. Tutte queste lettere, meglio che i sarcasmi, meritano studio, perchè servono bene ad indicare i numerosi vuoti che l'arte nostra lascia nell'esercizio professionale. Accade spesso di passare di seguito 8-10 lettere di malati che spiegano bene la loro malattia, ma ai quali purtroppo non si sa che cosa rispondere, perchè quel poco che si poteva fare, ormai era già stato tentato ed inutilmente.

E perciò, finchè vi saranno dei malati incurabili, ogni mezzo che serva a dare un poco di speranza a questi disgraziati, senza sfruttarli, sarà non da schernire, ma piuttosto da ammirare.

Roma, giugno 1930-VIII.

Dott. G. Massimi.

MEDICINA SOCIALE.

Vigilanza sui Brefotrofi e Istituti di assistenza agli illegittimi.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti del Regno la seguente Circolare riflettente la vigilanza sui Brefotrofi, sulle Case di recezione ed analoghi Istituti di assistenza agli illegittimi:

L'art. 17 del R. decreto legge 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, affida, come è noto, ad una speciale commissione, di nomina prefettizia, il compito di visitare, almeno una volta all'anno, i Brefotrofi, le case di recezione e gli altri analoghi istituti, che provvedono all'assistenza degli illegittimi, nell'ambito della provincia.

Di tutti gli accertamenti eseguiti dalla commissione deve essere fatto annualmente, a norma dell'articolo stesso, un particolareggiato rapporto al Prefetto, il quale ne riferisce a questo Ministero, indicando i provvedimenti eventualmente adottati.

Poche relazioni sono finora pervenute dalle Prefetture, onde è a ritenere che le accennate disposizioni non abbiano trovato completa attuazione.

È, invece, fermo intendimento di questo Ministero che i compiti assegnati dalle vigenti norme alle commissioni di vigilanza sui Brefotrofi siano, d'ora innanzi, esattamente ed integralmente adempiuti, avuto riguardo anche alla particolare importanza che hanno tutte le provvidenze riferentisi all'assistenza materna ed infantile, essendo, precipuamente, dirette all'alto fine dello sviluppo demografico della Nazione.

Nel richiamare, perciò, al riguardo, la particolare attenzione delle EE. LL. si prega di provvedere con la maggiore sollecitudine, ove già non sia stato fatto, alla nomina dei componenti della commissione di vigilanza ed alla designazione del rispettivo presidente, a termini dell'art. 17 del citato decreto-legge 8 maggio 1927, curando, inoltre, che la commissione stessa adempia nei modi prescritti dalla legge alle funzioni di vigilanza ad essa demandate.

Per quanto concerne il pagamento delle competenze dovute ai componenti della commissione, si richiamano le istruzioni impartite col telespresso di questo Ministero in data 22 giugno 1928, n. 25272-4.

p. *Il Ministro*: Arpinati.

Per le visite mediche periodiche.

Il magg. med. G. Perilli lumeggia, ne « La Scuola Nazionale » (30 mag. 1930), l'utilità delle visite mediche periodiche annuali, estese a tutta la popolazione, allo scopo di sorprendere le malattie iniziali e di curarle tempestivamente, sull'esempio di quanto viene già praticato, su lar-

ghissima scala, negli Stati Uniti d'America per la popolazione civile e militare.

Onde stimolare in ogni Nazione l'interesse a dette visite e per studiarne più estensivamente l'efficacia, egli propone di stabilire un sistema *standard* internazionale di visita completa ed un tipo *standard* internazionale di moduli per le visite stesse.

Vorrebbe che le visite mediche periodiche fossero attuate sovratutto durante l'età giovanile, quando esse riescono più efficaci e possono costituire un vero « Servizio di manutenzione della macchina umana ».

Il dott. A. Lutrario porterà questi concetti in seno alla Sezione d'Igiene della Lega delle Nazioni e all'Ufficio Internazionale d'Igiene, consessi in cui egli rappresenta l'Italia. P.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASPARTA (*Terni*). — Scad. 25 sett.; per Portaria; L. 8000 oltre L. 2500 serv. att., c.-v., lire 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere*. — Scad. ore 17 del 20 lug.; primario di ostetricia e ginecologia; L. 4750 oltre 45 % tasse atti operativi; età lim. 40-45 a.; nom. biennale, 2 confertme decennali; doc. non anter. 15 apr.; rivolgersi Presidenza.

BASSANO DEL GRAPPA (*Vicenza*). *Ospedale Civile*. — Primario medico. Scad. 10 agosto. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 13 ag.; per Marzeno; L. 8500 oltre L. 2500 trasp., 2 c.-v.; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Al 5 ag., ore 18; 1ª condotta; ab. 1144; pov. 20 circa; L. 9700 e 5 quadrienni dec., c.-v. se ammogliato; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 27 giu.

CAMPOBASSO. *Amministraz. Provinciale*. — Direttore sanitario della Sala di ricezione degli illegittimi; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età mass. 45 a.; diploma in puericultura. Scad. 25 sett.

COSENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene. Stipendio L. 16.000, oltre 2 aumenti quadriennali fino a L. 17.8000, indennità servizio attivo lire 4200. Scadenza ore 12 del 30 settembre. Richiedere bando alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

COSENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Chimica e Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio per ciascun posto L. 9500 elevabile a L. 11.600 oltre indennità servizio attivo L. 2100. Scadenza ore 12 del 30 settembre. Richiedere bando alla Segreteria.

CREMA (*Cremona*). *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico assistente; età massima a. 35; stipendio annuo L. 4000 oltre caro viveri in L. 1820 e indennità giornaliera di L. 8 per la guardia medica in turno con l'altro assistente; camera. Documenti a 3 mesi. Scadenza 31 luglio.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore del Brefotrofio Provinciale. Stipendio annuo L. 16.000 suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo, oltre la indennità di servizio attivo in ragione del dieci per cento dello stipendio. Titoli di studio: Diploma di abilitaz. all'eserc. medico-chir. e diploma di specialista in puericultura. Al nominato verrà corrisposta, se dovuta, la indenn. caro-viv. a norma vig. leggi. Termine per la presentazione domande e documenti 31 luglio. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

IVREA (*Aosta*). — Uff. san. consorzio 11 comuni; L. 14.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 6000 trasp. Scad. 30 sett. Rivolgersi presidenza del consorzio.

LIVORNO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.000, indenn. serv. attivo L. 2800, caro-viveri nella misura in cui viene corrisposto agli altri dipendenti dell'Amministraz. Provinciale. Aumento del decimo sullo stipendio in corso dopo il primo quadriennio e per quattro trienni consecutivi. Età massima a. 35, salvo eccezioni art. 9 del R. Decr. 16-1-1927, N. 155. Documenti indicati dall'art. 8 di detto R. Decr. Scadenza 15 agosto, ore 18. Assunzione in servizio entro 15 giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza.

Agli aspiranti sarà notificato in tempo debito il luogo e il giorno in cui avranno luogo gli esami.

Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Livorno (Via Goldoni, 8).

MELITO DI NAPOLI. — Scad. 30 sett.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Scad. 15 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v. in L. 720; tassa L. 50.

NAVE (*Brescia*). — Scad. 20 sett.; con Bovezzo; L. 9000 e 6 quinquenni dec., c.-v., L. 2000 trasporto, ecc.

PAOLA (*Cosenza*). — Scad. 30 lug.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

PARMA. *Ospedale Maggiore*. — Primario chirurgo; L. 6000 e 4 quinquenni; percentuale. Età lim. 40 a. Rivolgersi agli Ospizî Civili. Scad. 30 lug.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 27 lug.; consorzio 3 comuni; L. 10.000 oltre L. 900 uff. san.. L. 3500 cav., L. 600 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

PIOZZO (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san. e assegno mezzo trasp.

POSITANO (*Salerno*). — Scad. 15 ag.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

POZZUOLO DEL FRIULI (*Udine*). — Scad. 25 lug.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 900 uff. san.; L. 3000 trasp. Chiedere avviso.

Reana del Roiale (*Udine*). — Scad. 16 ag.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., c.-v., L. 800 uff. san., L. 3000 cavallo o automob.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Roasio (*Vercelli*). *Consorzio Sanitario Roasio-Sostegno*. — Per titoli; posti due medici cond.; stipendio L. 8000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità trasporto secondo mezzo posseduto, escluso automobile. Aumenti periodici di legge. Documenti di rito. Scadenza fine luglio. Assunzione servizio 15 giorni dalla nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Roasio.

Roma. *Ministero della Guerra*. — Venticinque posti di tenente medico in servizio permanente nel R. Esercito. Al concorso potranno partecipare gli ufficiali in servizio permanente effettivo o di complemento di qualsiasi arma o corpo, i sottufficiali e militari di truppa sia in servizio che in congedo, nonchè i medici civili, i quali tutti non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente in servizio permanente effettivo. Per gli ex-combattenti il limite è elevato di 4 anni. I documenti dovranno essere presentati ai distretti o ai corpi non più tardi del 31 agosto. Gli ammessi dovranno sostenere le prove di esame.

Rudiano (*Brescia*). — Scad. 25 lug.; consorzio; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 800 uff. san.

S. Gimignano (*Siena*). — Scad. 31 ag.; L. 7500 oltre L. 3500 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

S. Giorgio Jonico (*Taranto*). — Scad. 20 ag.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.

San Potito Sannitico (*Benevento*). — Abitanti 1406 di cui 376 nelle case sparse. Stipendio lire 8000 annue lorde. Domanda in carta da bollo da L. 3 e documenti di rito da inviarsi non più tardi del 30 settembre (ore 12) alla Segreteria Comunale.

Signa (*Firenze*). — Scad. 15 ag.; per S. Mauro; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre indenn. mezzo trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Simaxis (*Cagliari*). — Scad. 20 ag.; L. 9000; 4 quinquenni dec.; p. cavalc. L. 1500; p. uff. san. L. 500; età lim. 40 a.

Teramo. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Direttore del Dispensario; L. 16.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. att.; età lim. 45 a.; rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia). Scad. 25 lug.

Trarego-Viggiona (*Novara*). — Scad. 25 lug.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp., L. 300 ambulat., c.-v., dieci bienni ventes.; tassa L. 50; docum. a 6 mesi dall'8 giu.; ab. 809 di cui 80 pov. Chied. avviso.

Valfabbrica (*Perugia*). — Al 31 ag., ore 18; 2ª condotta; L. 9000 e 4 sessenni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° luglio.

Valli del Pasubio (*Vicenza*). — A tutto 31 lug.; L. 9000 per 1000 pov., oltre 6 quadrienni dec.; L. 1000-1800-2500 trasp.; L. 300 ambulat.; c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 4 mesi dal 21 giu.

Concorsi a premi.

La Farmochimica Italiana S. A., concessionaria esclusiva dei prodotti delle RR. Terme di Salsomaggiore, indice un concorso tra i medici chirurgi che rivestono la carica di aiuto negli Ospedali e nelle Cliniche in Italia, per la compilazione di un lavoro scientifico, sul tema: « *L'acido urico nell'organismo* ». Il lavoro deve constare di 15-16 pagine di stampa ed essere così diviso: Breve riassunto sullo stato attuale della questione del ricambio, con speciale riguardo all'acido urico; Cause dell'uricemia; Effetti dell'uricemia; Cura dell'uricemia (con particolare riguardo all'« Urosal » e con breve casistica). I lavori presentati diverranno proprietà della Farmochimica Italiana S. A. A quelli che saranno giudicati migliori, verranno assegnati i seguenti premi: 1°, L. 3000; 2°, L. 1500; 3°, L. 500.

Modalità consuete. I lavori (dattilografati in duplice copia) dovranno essere indirizzati alla Farmochimica Italiana S. A., Via Parma 22, Roma, entro il 1° settembre 1930.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Quale rappresentante dell'Italia al Congresso medico di Montevideo per il centenario dell'indipendenza uruguayana, è stato ufficialmente invitato il prof. Nicola Pende, clinico medico di Genova.

La R. Accademia Nazionale dei Lincei ha assegnato il premio Battista Grassi per la parassitologia al prof. Oddo Casagrandi, titolare della cattedra d'igiene alla R. Università di Padova. Rallegramenti.

Per il concorso a premio della « Fondazione Riberi pro ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina », scaduto il 31 dicembre 1929, relativo al rifornimento idrico degli eserciti in guerra, è pervenuta in tempo utile alla Direzione generale di sanità militare una sola memoria.

La commissione giudicatrice l'ha ritenuta meritevole del premio fissato in L. 4000.

È risultato appartenere ai tenenti colonnelli medici Casarini Arturo e Costa Fausto, ai quali resta pertanto aggiudicato il premio.

Con decreto Reale del 26 aprile u. s. su proposta del Capo del Governo è stato conferito il Diploma di Benemerenza di 2ª classe con facoltà di fregiarsi della medaglia d'argento al dott. Donato Giuseppe, Centurione Medico nella M. V. S. N., dirigente il Servizio Sanitario Provinciale di Terra Jonica, per l'opera particolarmente efficace e la proficua attività svolta a vantaggio dell'O. N. B.

La Società tedesca di medicina interna ha nominato presidente il prof. Lichtnitz di Altona e membri del Consiglio i proff. Stander di Norimberga, Assman di Lipsia, Martini e Salle di Berlino, Koranyi di Budapest e Katsch di Greifswald.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano delle scienze.

È stato fissato il programma del Congresso nazionale delle scienze, indetto dalla Società italiana per il progresso delle scienze. Esso avrà luogo nella Venezia Tridentina, e si svolgerà in due tempi: a Bolzano dal 7 al 10 settembre e a Trento dall'11 al 14 settembre.

Interverranno tutte le rappresentanze degli enti ed istituti scientifici italiani e i delegati delle maggiori società scientifiche estere. Il Touring Club, per invito della Presidenza, provvederà all'organizzazione degli alloggi, delle escursioni e della propaganda.

La riunione assumerà importanza eccezionale. Tra i molti temi ricordiamo le comunicazioni di Carlo Foà sul problema demografico dal punto di vista biologico e di padre Agostino Gemelli sulla psico-fisiologia degli sports.

Congresso francese di chirurgia.

L'« Association Française de Chirurgie » terrà il 39° Congresso a Parigi dal 6 all'11 ottobre, sotto la presidenza di Maurice Auvray, *agrégé* alla Facoltà Medica, chirurgo dell'Ospedale Laënnec. Temi: « Pancreatiti croniche », relatori Pierre Brocq (Parigi) e Miginiac (Tolosa); « Spondilite traumatica (malattia di Kummel Verneuil) », relatori Froelich (Nancy) e Albert Monchel (Parigi); « Preparazione dei malati all'operazione », relatori Lombret (Lilla) e Sauvé (Parigi). Rivolgersi alla segreteria generale dell'Associazione, rue de Seine 12, Paris (VIe).

Congresso belga di neuropsichiatria.

Si terrà a Liegi dal 28 al 30 luglio; sarà il 10° della serie. Al tempo stesso verrà festeggiato il 60° anniversario della Società belga di medicina mentale. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. A. Leroy, rue Beekman 18, Liége.

Il convegno medico di S. Pellegrino.

Il convegno ha svolto le interessanti relazioni che erano in programma, che hanno destato vivo interesse. Ne daremo un breve resoconto in un prossimo numero.

Convegno regionale per la lotta contro la tubercolosi.

Si è tenuto a Modena, il 23 giugno, il 1° Congresso della Sezione emiliana romagnola della Federazione per la lotta contro la tubercolosi, indetto dalla presidenza federale.

I lavori si sono svolti nelle sontuose sale del Palazzo Provinciale del Littorio. V'intervennero il sen. Maragliano, presidente della Società italiana per gli studi scientifici della tubercolosi, il prof. Gasbarrini, presidente della Sezione, i proff. A. Ascoli, Balli, Bocchetti, segretario generale della Federazione, Cattaneo, Centanni, Ottolenghi, Ronzani, Tarozzi, ecc. All'inaugurazione portarono il saluto ai congressisti il prefetto comm. R. Pintor-Mameli, il presidente del Consorzio provinciale antitubercolare modenese comm. Rebucci ed il console comm. Testa; parlò poi il prof. Gasbarrini.

Uno dei temi più discussi fu la vaccinazione preventiva contro la tubercolosi, specialmente in rapporto al tragico avvenimento di Lubecca; vi parteciparono i proff. Ottolenghi, Ascoli, Centanni, Cattaneo, Maragliano; si concluse che il metodo Calmette non può essere incolpato. Altro tema discusso fu la coordinazione di lavoro fra tutti gli enti che partecipano alla lotta antitubercolare. Si è concluso con un accordo sulle direttive principali di lavoro, che si concreteranno in un regolamento unico, specialmente per ciò che riguarda i medici condotti.

Convegno regionale per gli studi sulla tubercolosi.

L'8 giugno si è adunato a Varese, nei locali del Palace Hotel, il 3° Convegno annuale della Sezione Lombarda della Società Italiana Fascista di Studi Scientifici sulla Tubercolosi. Riferirono il prof. Emilio Veratti sul « Virus filtrabile tubercolare » e il prof. Felice Perussia su « Il quadro radiologico della tubercolosi polmonare ».

Durante il Convegno la Presidenza del Consorzio Antitubercolare Provinciale di Varese riunì i direttori dei Consorzi e dei Dispensari Antitubercolari della Lombardia, per uno scambio di idee su importanti questioni pratiche.

Lotta contro la tubercolosi a Milano.

Presieduta dal gr. uff. Sileno Fabbri si è riunita la rappresentanza del Consorzio antitubercolare di Milano.

Dopo l'approvazione del conto consuntivo del 1929, che si chiude con un attivo di 1.705.172,94 lire contro un passivo di L. 1.702.636,90 ed un avanzo di amministrazione di L. 2.536,04, il presidente ha ampiamente illustrato le norme per la lotta antitubercolare che mirano a rendere più completa ed omogenea l'azione contro il terribile flagello. Tali norme prevedono, tra l'altro, la costituzione di un organo centrale avente per scopo di riassumere tutta la lotta antitubercolare nella provincia di Milano. Esso è presieduto dal medico provinciale, e composto dal direttore del Consorzio, dal direttore della Cassa Naz. delle Ass. Sociali, dall'ufficiale sanitario del Comune di Milano.

Inoltre, nell'intento di determinare la competenza passiva dei vari ricoveri e la graduatoria degli stessi, secondo l'urgenza, è stata nominata una Commissione composta di un rappresentante per ciascuno dei seguenti Enti: Provincia, Comune di Milano, Cassa di Risparmio, Cassa Naz. Ass. Sociali e Consorzio Provinciale Antitubercolare.

Il Consorzio potrà così più agevolmente intensificare la sua azione in perfetta collaborazione cogli altri Enti che si occupano dell'importante problema umanitario e sociale.

Assistenza sanitaria ex-Combattenti in Roma.

La Federazione provinciale ex-Combattenti di Roma ha istituito un particolare servizio di assistenza sanitaria, ambulatoria ed a domicilio a favore degli ex-combattenti di Roma e della Provincia, regolarmente tesserati, con la estensione di tale beneficio ai congiunti diretti di ogni associato.

La direzione del servizio sanitario è stata affidata al dott. prof. Moisè Pagliaro. Le visite am-

bulatorie sono assolutamente gratuite. Per le visite a domicilio, invece, è stabilito un compenso di L. 10 a visita per i casi che rientrano nella medicina e chirurgia generale.

È stata anche assicurata la collaborazione di specialisti. Per le visite a domicilio dei medici specialisti è stabilito un compenso di L. 25 a visita.

Per tutti i mezzi di diagnostica generale sussidiaria: esami, analisi, radiografie, radioscopie, protesi dentarie, ecc. sono stabiliti onorari mitissimi e facilitazioni eccezionali già concordate con la Presidenza della Federazione.

L'ambulatorio della Casa del Fascio a Firenze.

La Federazione Provinciale Fascista, convinta dell'oppurtunità di un tale impianto nella Casa del Fascio, decise che a tale scopo venissero destinati alcuni adatti locali al piano terreno, in un angolo appartato e con facile accesso anche a mezzi di trasporto, non troppo disturbato dal passaggio continuo del pubblico che affluisce agli uffici della Federazione. L'idea, approvata dal Segretario Federale dott. Pavolini e dal Presidente della Immobiliare fascista on. Ridolfi, fu studiata e sollecitamente attuata nei suoi particolari dagli ingegneri Burci e Rogantini.

Dalla sala d'aspetto, si passa in un corridoio ove si aprono i reparti per le specialità mediche, per la chirurgia generale e per la chirurgia specializzata.

L'ambulatorio centrale di cui ci occupiamo ha due scopi: diminuire l'affollamento negli ambulatorii rionali ed esercitare la consulenza affidata ai più chiari docenti della Università.

L'ambulatorio, ammirato anche dal Duce nella sua visita alla Casa del Fascio fiorentina, dà, unitamente agli ambulatori dei Gruppi rionali, un più vasto e proficuo limite all'opera di bene.

Con l'istituzione e il funzionamento dell'Ambulatorio l'opera assistenziale fascista, già notevole per la sua importanza e il suo sviluppo, ha dato principio ad un lavoro altamente umanitario a favore del popolo e dei sofferenti.

Per un sanatorio antitubercolare nel Nuorese.

Il presidente generale della Croce Rossa Italiana, sen. Filippo Cremonesi, si è recato in Sardegna, per concretare la costruzione di un sanatorio antitubercolare della provincia di Nuoro.

La Croce Rossa collabora così, con questa nuova opera assistenziale premurosamente sollecitata e sorretta dal Direttore generale della Sanità pubblica, all'esecuzione di quel vasto programma voluto ed ordinato da S. E. il Capo del Governo per mettere in efficienza e potenziare le forze vive della Sardegna.

L'Ufficio d'igiene e sanità di Milano.

Il nuovo palazzo d'igiene e sanità del Comune di Milano, in via Statuto, al lato opposto del vecchio ed ormai angusto edifizio di via Palermo, era stato inaugurato ufficialmente il 28 ottobre dello scorso anno; ma l'inaugurazione scientifico-sanitaria si è avuta il 29 giugno, presenti il prefetto, il podestà e altre spiccate autorità. Il prof. dott. Carlo Baslini, segretario del Sindacato medico, come incaricato della sovrintendenza all'importante Reparto, lesse un'ampia relazione, illustrando la varia attività dell'Ufficio d'igiene e sanità. Prese poi la parola il Podestà, che promise di accogliere le proposte presentate. La cerimonia si chiuse con una visita ai locali.

Nuovo Istituto ospedaliero ad Arezzo.

Il nuovo Istituto ospedaliero S. Giuseppe è stato inaugurato ad Arezzo dal cardinale Ragonesi, con l'intervento delle autorità civili, militari ed ecclesiastiche.

Le Terme di Calitea a Rodi.

Il 30 giugno furono inaugurate a Rodi le Regie Terme di Calitea, a breve distanza dal capoluogo. Dall'analisi fatta dalla direzione generale della Sanità Pubblica è risultato che la composizione delle acque di Calitea è molto simile a quella di Montecatini.

L'infermeria marittima di Napoli intitolata a Camillo Cucca.

Con recente Decreto, il Ministro della Marina ammiraglio Sirianni, accogliendo la proposta del capo della Sanità Militare Marittima prof. Giovanni Saccone, ha disposto che l'Infermeria autonoma militare Marittima, di nuova istituzione a Napoli, sia battezzata col nome del Generale Medico Camillo Cucca, che fu vanto della Marina da Guerra.

Questi a lungo diresse l'Ospedale di Marina in Napoli, rendendolo un vero Istituto di Traumatologia per mezza città: tutta la parte occidentale, priva di posti di pronto soccorso.

L'iniziativa del comm. Saccone è stata accolta con plauso e riconoscenza da tutti i medici napoletani, memori del valore scientifico di Lui, che lasciò orme incancellabili onorate, anche come Direttore della Casa degli Emigranti.

I nuovi edifizi dell'Università di Bruxelles.

Con grande solennità sono stati inaugurati i nuovi edifizi dell'Università di Bruxelles, costruiti per la Facoltà di Medicina e per la Facoltà di Diritto col concorso, rispettivamente, della « Rockefeller Foundation » e della « C. R. B. Education Foundation ».

Alle cerimonie parteciparono numerose delegazioni delle Università belghe e straniere.

Per primi, il 23 giugno, furono inaugurati gli edifizi della Facoltà di Diritto, al Solbosch. Alla cerimonia fu presente il Re.

Il giorno successivo ebbe luogo l'inaugurazione della nuova Scuola di Medicina, al boulevard Waterloo, presente la Regina; parlarono il decano prof. Bordet e il rettore prof. Smets.

Le due imponenti cerimonie furono integrate da vari festeggiamenti.

Nuova Clinica ortopedica di Lipsia.

È stata solennemente inaugurata a Lipsia la nuova Clinica ortopedica universitaria; è diretta dal prof. Schade.

Commissione per la difesa antigas delle popolazioni civili.

Nella sede del Comitato Centrale della C. R. I., il senatore Cremonesi, presidente generale della C. R. I., ha insediato la nuova Commissione incaricata di studiare l'organizzazione della difesa

antigas alle popolazioni civili, in caso di guerra chimica, compito questo che per recente disposizione legislativa è stato affidato alla Croce Rossa Italiana.

Di tale Commissione, presieduta dall'illustre patologo senatore Lustig, fanno parte autorevoli rappresentanti del Ministero dei Lavori Pubblici, dell'Aeronautica, della Milizia V. S. N., della Direzione Generale della Sanità Pubblica, del Centro Chimico Militare e della C. R. I.

Il senatore Cremonesi, nel porgere il suo saluto alla Commissione, ha parlato dei posti di prima assistenza che attualmente si stanno organizzando e sviluppando in tutta Italia, affinchè venga eventualmente studiata la possibilità di far convergere verso questi centri assistenziali, ai quali affluiscono già le attività delle varie Associazioni di Pubblica Assistenza che la C. R. I. va assorbendo, anche l'esplicazione di questo nuovo compito di grande importanza nazionale, demandato alla Croce Rossa Italiana.

Il senatore Lustig ha preso poi la parola ringraziando il sen. Cremonesi delle cortesi espressioni avute per tutti i componenti della Commissione, dopo di che sono stati inviati due vibranti telegrammi di omaggio, al Capo del Governo ed al Ministro della Guerra.

La fusione delle Associazioni di Pronto Soccorso a Milano.

Il 29 giugno, al Palazzo Sforzesco di Milano, nel Cortile della Rocchetta, sono stati dati in consegna alla Croce Rossa i vessilli delle disciolte associazioni volontarie di pubblica assistenza cittadine, assorbite dall'Ente, in seguito a disposizione del Capo del Governo.

Numerose le autorità presenti alla cerimonia. Parlarono il commissario della C. R. avv. Innocenzo Pini, che lesse un messaggio del presidente generale sen. Cremonesi, l'avv. Emanuele Gianturco, che pronunziò il discorso ufficiale, e il Podestà. I vessilli delle disciolte associazioni furono poi recati in corteo nella sede del Comitato Milanese della Croce Rossa, in via Silvio Pellico 8, ove rimarranno custoditi.

I medici e lo sviluppo delle stazioni idroterapiche e termali.

L'ufficio stampa del P. N. F. comunica:

Il Segretario del P. N. F. on. Turati esaminata l'iniziativa del Sindacato nazionale fascista dei medici di voler disciplinare in senso tecnico lo sviluppo ed il funzionamento delle stazioni idroterapiche e termali del Regno; ha incaricato il suddetto Sindacato nazionale di svolgere questo programma, ai fini, di un sempre maggiore rendimento per l'economia del Paese prendendo tutte quelle iniziative che valgano a perfezionare tanto le discipline idrologiche ed affini, quanto a sviluppare l'importanza dei luoghi di cura stessi e procurando specialmente di renderli accessibili ai più larghi strati della popolazione meno abbiente.

Per gli esperimenti sull'uomo in Germania.

La Commissione per lo studio del nuovo Codice Penale tedesco ha soppresso il seguente comma, contenuto nell'art. 264 del progetto elaborato nel 1927: « Chiunque infligge una lesione corporea col consenso della persona lesa, è esente da pena, salvo che tale atto risulti una violazione della buona morale ».

La soppressione di questo comma significa che diverrà impossibile, senza incorrere nelle sanzioni del Codice, di compiere delle esperienze su soggetti volontari, esperienze spesso indispensabili, per risolvere problemi scientifici, diagnostici o terapeutici.

La « Lega dei Medici » della Germania ha fatto pratiche perchè, alla seconda lettura, quel paragrafo sia accettato.

Il Consiglio Sanitario Federale ha consacrato una seduta a discutere il problema delle esperienze sull'uomo, giungendo al risultato che esse sono indispensabili, ma che vanno circondate di garenzie, tra cui il consenso dei pazienti o di chi per essi quando si tratti di bambini.

Nella stampa medica.

La rivista « Lotta contro la tubercolosi » ha lo scopo di rispecchiare l'intenso movimento impresso dal Regime alla lotta contro la tubercolosi, di documentarlo, di promuoverlo. Esce in fascicoli mensili, a grande tiratura, in veste lussuosa. È diretta dagli on. proff. Maragliano, Morelli e Paolucci; ne è redattore capo il prof. Bocchetti; vanta, nel corpo redazionale, molte spiccate personalità della tisiologia italiana. Pubblica in gran copia lavori ed articoli originali, recensioni, resoconti di congressi, notizie, un questionario e tre rubriche caratteristiche, che riguardano le attività della Direzione Generale della Sanità Pubblica, della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi (di cui la nuova rivista sostituisce il *Bollettino*) e dei Consorzi Provinciali Antitubercolari. Direzione, Redazione e Amministrazione hanno sede in via Nazionale 172, Roma. I nostri auguri fervidissimi accompagnano la bella iniziativa.

Esposizione d'arte medica a Parigi.

L'XI « Salon des Médecins », organizzato come di consueto dal dott. Paul Rabier, ha riportato un pieno successo. Gli espositori sono stati 140, tra medici e parenti di medici. Notati « les souvenirs d'Orion » del prof. M. Labbé, pittore delicato e incantevole; « Chat reveur », opera squisita del dott. Villandre; una medaglia di fine fattura del prof. Hayem; gli acquarelli deliziosi del dott. Escat; i legni scolpiti e le acqueforti del dott. Rollet; ecc. Numerose le espositrici: notevolissime le tele della signora Zicca.

Una sezione speciale venne destinata alla medicina ed ai medici quali sono veduti dagli umoristi; comprendeva una serie d'opere di artisti rinomati: Barrère, Jonas, Léandre, Villa. Nella mostra figurava anche una collezione di *ex-libris* medici.

Onoranze ad A. Ferrannini.

Nel Circolo della Stampa di Napoli e col concorso di numerosi ed autorevoli intervenuti, sono state tributate calde onoranze al prof. Ferrannini, di recente nominato accademico di Montpellier. Vi furono vari ed elevati discorsi, ai quali rispose infine il festeggiato, parlando della missione del giornalismo medico, custode della gloria del pensiero scientifico nazionale.

Un monumento a D'Antona.

La cittadina di Diesi ha voluto eternare nel marmo il sen. prof. D'Antona, cui essa dette i natali.

L'oratore ufficiale, prof. Mummula, direttore dell'Ospedale di Mazzarino, rievocò i meriti dell'illustre scienziato e ne descrisse la carriera. Ricordò che, in occasione del trentesimo anno d'insegnamento, Lui vivente, fu già inaugurato all'Università di Napoli un suo busto in bronzo, per offerta e plebiscito dei chirurgi di tutti i Paesi. Un altro discepolo del D'Antona e suo concittadino, il dott. Giuseppe Celestri, tessè la vita del Maestro, dichiarandosi fiero della celebrazione.

Quattromila interventi sulla tiroide.

Il chirurgo primario dott. Urban, dell'Ospedale delle Suore della misericordia di Linz, eseguì qualche mese addietro la quattromillesima operazione di gozzo. Questo eccezionale avvenimento fu ricordato dalla direzione e dal corpo medico dell'Ospedale con un'allocuzione ed un augurio nella sala operatoria. Nessun altro chirurgo europeo può vantare un numero così rilevante di operazioni sulla tiroide.

Due medici belgi in Tribunale.

Il Tribunale correzionale di Bruxelles ha condannato condizionalmente due medici a 175 franchi d'ammenda ciascuno, perchè non si erano presentati alle operazioni di leva: avevano mandato a scusare la loro assenza, ma non la avevano giustificata, onde una denunzia del colonnello presidente della Commissione.

Nel Belgio è fatto obbligo ai medici civili di assistere alle operazioni di leva; i medici che devono compiere questo dovere, vengono designati solo il giorno prima, estraendo a sorte i loro nomi, e ciò per evitare le inframmettenze eventuali degli esaminandi. Per molti medici siffatta designazione si risolve in un vero disastro...

Bambini uccisi dal tallio in Spagna.

Nell'« Hospicio Provincial » di Granata furono trattati con acetato di tallio 16 bambini affetti da tigna, che aveva resistito ai raggi X, agli antisettici, ecc. Il trattamento era stato deciso dal dott. Carlos Puertas, che aveva in cura i bambini, autorizzato dal dott. Blasco Reta, capo dell'Ufficio municipale per l'assistenza all'infanzia, e dietro parere del dott. Sainz de Aja, specialista per le tricofizie, di Madrid. Dei bambini trattati ne sono morti 14, con sintomi dapprima attribuiti a mielo-encefalite, ma poi riconosciuti di avvelenamento da tallio. Pare dimostrato che la catastrofe sia dovuta ad un errore commesso nel pesare il medicinale. È stata intentata causa penale contro il medico curante, per omicidio colposo, nonchè contro un altro medico ed il farmacista, come complici, e contro una suora ed uno studente di medicina, per avere tentato di occultare i fatti; viene chiesto globalmente, a tutti e cinque, un indennizzo pari a un milione e mezzo di lire it.!

Autolesionisti in massa.

Si sta svolgendo a Roma un grosso processo contro cinquanta operai e quattro professionisti ritenuti colpevoli di truffe a danno delle Assicurazioni Infortuni, perpetrate con lesioni procurate con la cooperazione e con l'ausilio di una catena di implicati.

Chiassate alla Facoltà medica di Parigi.

Dopo il *chari-vari* contro il professore di chimica Blanchetière, di cui demmo già notizia, determinato più che altro dal suo rigore agli esami, gli studenti, sotto la minaccia di chiusura durevole del corso, si erano limitati al boicottaggio delle lezioni; ma il corso è stato chiuso ugualmente, fino a ottobre. Altre manifestazioni sono state dirette contro il prof. Leveuf, di patologia chirurgica, il quale si era limitato a spiegare il funzionamento delle assicurazioni sociali. Gli studenti in medicina sono esasperati per queste assicurazioni, poichè il magrissimo compenso assegnato agli interni ed esterni d'ospedale, in 7 franchi al giorno, viene ad essere falcidiato di 35 centesimi. È da considerare che molti studenti si trovano in condizioni di povertà quasi assoluta, tanto da adattarsi a guadagnare la vita facendo modesti mestieri, come quello di chauffeur; quindi essi risentono il nuovo gravame, per quanto possa sembrare modestissimo. Le dimostrazioni non erano dirette contro il Leveuf, ma avevano lo scopo di richiamare l'attenzione del Governo e di forzarlo a considerare i compensi assegnati agli studenti in medicina, addetti agli ospedali, non già come compensi regolari, ma come compensi provvisori e perciò non soggetti alla tassa d'assicurazione. L'esito è stato una quantità di vetri rotti e di mobili danneggiati: ne è seguita la chiusura del corso ordinata dal decano.

Strada intitolata a un medico.

Il prefetto della Senna ha deciso di dare il nome del compianto prof. Fernand Widal a una via di Parigi, recentemente aperta nella zona XIII.

Gli studenti di medicina in Francia.

Il prof. Balthazard, presidente della Confederazione dei Sindacati Medici Francesi e vice-decano della Facoltà Medica di Parigi, rileva con inquietudine che il numero degli studenti di medicina in Francia aumenta di anno in anno: da 8779 nel 1911 è passato a 14.574 nel 1929. La proporzione delle donne si è ridotta molto, da 30 a 10 % incirca. Invece la proporzione degli stranieri è aumentata, da 12 a 25 % incirca. Così l'« Echo de Paris ».

Per i medici rumeni morti in guerra.

Nel parco dell'Ospedale Militare Regina Elisabetta in Bucarest si è inaugurato un monumento ai medici dell'Esercito caduti per la Patria durante la guerra 1916-18. Il monumento è sobrio e imponente. Si deve all'iniziativa del generale medico Papiu, direttore del Centro d'istruzione medica dell'Esercito rumeno.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Sud-Amér. de Méd. et de Chir., feb. — P. ESCUDERO. Diabete sospeso. — B. VALDERDE. Uretriti latenti d'emblée. — M. GONZALEZ OLACHEA. Classificaz. clinica degli itteri.

Ann. di Ostetr. e Gin., feb. — L. LOSIO. Operazione di Alfieri. — T. CUIZZA. Cocchi grammegativi diversi del gonococco nel tratto genit. femm.

Ann. de l'Inst. Pasteur, feb. — L. SOUCHARD. Tentativi di terapia del colera col batteriofago di d'Hérelle. — P. MAURIAC e E. AUBERTIN. Vaccinazione speriment. con BCG. — G. W. WIGODTCHIKOFF e N. MANONILLOVA. Parafagocitosi.

Morgagni, 2 mar. — L. DE GAETANO. Malattie ossee della crescenza: pseudotubercolosi.

Rif. Med., 24 feb. — A. FERRATA e A. FIESCHI. Cosidetta « pseudoleucemia ».

Riv. di Patol. nerv. e ment., 1 mar. — U. DE GIACOMO. Il nucleo rosso. — C. RIZZO. Cisticercosi cerebrale.

Acta Med. Scand., I. — A. LUNDBERG. Fratture aortiche guarite. — E. FORSGREN. Attività funzionale del fegato e sensibilità all'insulina. — Supplem. XXXII. J. MYGGE. Epidemiol. dell'influenza.

Bull. d. Sc. Med., 5. — V. BISCEGLIE. Colture *in vitro* di sangue.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tuberc., 28 feb. — B. MAGGIORA e A. ILVENTO. Infez. tbc. latente negli animali in esperimento.

Arch. Mal. App. Digest., ecc., gen. — M. CHIRAY e A. LOMON. Distonie e discinesie vescicolari.

Journ. Méd. Franç., gen. — Numero sulle operazioni nuove.

Acta Radiolog., Suppl. IV. — Insegnam. e addestramento in radiologia medica.

Wien. Klin. Woch., 6 mar. — W. FALTA. Rapporti della pinguedine e della magrezza con l'organo insulare.

Rev. Neurol., feb. — L. BENEDEK e F. KULCAR. Riflesso naso-orale. — L. CORNIL e P. KISSEL. Atassia acuta post-varicellosa.

Prensa Méd. Arg., 10 feb. — E. DOWLING. Elettrochirurgia dei tumori encefalici.

Presse Méd., 5 mar. — E. DESMAREST. Appendicite traumatica. — M. ROMME. Psittacosi.

Haematologica, Recens. I. — A. CESARIS DEMEL. Megacariociti e piastrine. — L. ZOJA. Ricambio emoglobinico.

Journal A. M. A., 24 feb. — J. I. HARTMAN e al. Eziologia della spasmofilia infantile. — W. WESTON. Fattori diversi dalla vitamina D nel rachitismo.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — R. W. JONSTONE. La nuova fisiologia della mestruaz. — G. D. ROYSTON. Riparaz. di lacerazione perineale completa.

Paris Méd., 9 mar. — L. BROUHA. Diagn. biologica di gravid. — J.-S. SCHWARZMANN. Nuovo met. di trattam. dell'angina di petto.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., feb. — J.-J. MORER e P. DUCHOSAN. Studi elettrocardiografici. — C. BACALOGLU. Aneurisma parietale del cuore.

Folia Med., 15 feb. — P. ATZENI TEDESCO. Etiopatogenesi del favismo.

Radiologia Med., mar. — D. TARTAGLI. Anomalie congenite dell'intestino. — M. CATALDI. Meccanismo d'azione dei raggi ultra-viol.

Riforma Med., 3 mar. — G. PENNETTI. Prova della ipofisina ed escrez. biliare. — G. PIERI e U. TANFERNA. Irritaz. e traumi nella genesi dei tumori.

Ann. d'Ig., feb. — C. PANÀ. Azione di estratti di ghiandole endocrine su funghi e batteri. — V. CILLI. Fissaz. del complemento nelle mescolanze di anatossina tetanica e siero antitossico.

Arch. It. di Chir., 6-bis. — Resoconti di Congressi.

Riv. Ospedal., feb. — M. BARBARA. Eredodisposizione o eredoimmunità?

Presse Méd., 12 mar. — R. DEBRÉ e al. L'encefalite del morbillo. — L. GARNET. Le forme extra-articolari della malattia reumatica.

Soc. d. Chir., 7 feb. — RUBENS-DUVAL. Amputazione parziale del seno per epitelioma. — PASTEAU. Vesciculografia. — PLANSON. Carcinoide del tenue.

Arch. dello Ist. Bioch. Ital., feb. — B. FRATTINI e M. M. MAINO. L'ormone follicolare. — G. FASOLI. Avitaminosi e sviluppo dei tessuti dentali. — A MIGLIAVACCA. Rigeneraz. del midollo spinale nei feti e neonati.

Prensa Méd. Argent., 20 feb. — E. MOUCHET. Meccanismo dell'emozione.

Brit. Med. Journ., 15 mar. — T. LEWIS. La scienza in medicina.

Deut. Med. Woch., 14 mar. — MOLITOR. Disturbi del sonno e loro trattam.

Gaz. d. Hôp., 15 mar. — F. MOREL. I gruppi sanguigni.

Studium, 1 mar. — P. FORNARA. Il reumat. art. ac. nell'infanzia.

Arch. di Ost. e Gin., mar. — CANDELA. Incretoterapia follicolare, luteinica, mammaria.

Riforma Med., 10 mar. — D. SOLI. Amputaz. spontanea dell'appendice.

Münch. Med. Woch., 14 mar. — MEIROWSKY. La Spirochaeta pallida. — E. SPOHR e H. LAMPERT. Esame funzionale del cuore.

Riv. San. Sicil., 1 mar. — S. LATTERI. Arteriografia con l'Uroselectan.

Rivista di Terapia Mod. e Med. Prat., Milano, giugno 1930. — Pel libro medico ital. — Lavori premiati concorso « Rivendicazioni scient. ital. ». — Per idrologia ital. — Iconografia med. ital. — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 21 Luglio 1930 Num. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. ISTITUTO FISIOTERAPICO OSPEDALIERO DI S. MARIA E S. GALLICANO - ROMA.

Considerazioni di radiobiologia antineoplastica. L'intensità e la dose amitogene.

(Nota preventiva).

Prof. LUIGI CAPPELLI
Capo del Servizio di Radiumterapia.

La Commissione del cancro dell'Organizzazione d'igiene della Società delle Nazioni, ha dato incarico ad una Sottocommissione di studiare la questione della « Radioterapia (1) del cancro », con l'encomiabile intendimento di divulgare le tecniche dai dati statistici risultanti come attualmente più consigliabili. Ora, questa Sotto-commissione, composta dei direttori di gran parte dei migliori Istituti universitari e non universitari del mondo, ha dato a sua volta, per cominciare, incarico a tre Esperti: dott. J. Heyman, dott. A. Lacassagne, prof. Fr. Voltz, di presentare una relazione concernente appunto l'organizzazione, le tecniche e le statistiche di guarigione ottenute in tre prescelti Istituti: quello del Radium dell'Università di Parigi, diretto dal prof. Claudio Regaud, quello del Radiumhemmet di Stoccolma, diretto dal prof. Forssell, quello della Clinica ginecologica dell'Università di Monaco, diretta dal prof. Döderlein e di cui il prof. Voltz dirige a sua volta il dipartimento radiologico.

I tre Esperti suddetti hanno, invero, presentato a Ginevra una relazione, concernente la radioterapia del cancro del collo uterino, in essa riferendo appunto e organizzazione e tecniche e statistiche delle malate guarite da non meno di cinque anni, come risulta dall'esame dei documenti dei loro importanti Istituti. Si è così raggiunto l'accordo sopra un sistema semplice e pratico di organizzazione dei dati statistici, coi quali è intanto emerso che « *i*

(1) Intendasi per Radioterapia in generale tanto la Röntgen- quanto la Curieterapia.

risultati ottenuti dai metodi radioterapici sono altrettanto buoni, se non migliori, dei risultati chirurgici » tanto che alla Frauenklinik dell'Università di Monaco il prof. Alberto Döderlein, che ne è il direttore, non « opera più i carcinomi dell'utero », ma li sottopone esclusivamente al trattamento radioterapico.

E notate che, dovendo le malate essere risultate *guarite da non meno di cinque anni*, le statistiche si arrestano al 1923, mentre proprio da questa data in poi le tecniche radioterapiche, avendo subìto notevoli perfezionamenti, v'è da attendersi statistiche ancora migliori.

Questo punto fermo mi era necessario intanto premettere, perchè gli spunti critici che io sarò ora costretto a far risaltare in una branca della terapia così giovane, in continuo progresso e pur così promettente, non costituiscano motivo di menomazione, trattandosi, infine, di deficienze non tanto proprie alla radioterapia, quanto alla biologia dei neoplasmi in generale, di cui la radioterapia non è che una particolare applicazione.

Mentre, adunque, l'accordo sulla organizzazione e sui metodi della inchiesta statistica fu per la Sotto-commissione subito pacifico, quando si è stati a scegliere un tipo di tecnica « standard » da proporre, a Ginevra, l'accordo non si è più raggiunto. Le tecniche risultarono troppo diverse, nè poteva preconizzarsene una senza, in pari tempo, condannare le altre, giustificate ognuna peraltro dai buoni risultati di cui ho fatto cenno.

Vale la pena di considerare alquanto più profondamente il fatto.

Esaminando le tecniche esposte nella pubblicazione dell'Igiene della Società delle Nazioni, noi vediamo che il criterio biologico dominante, e sul quale siamo tutti diuturnamente d'accordo, è quello di limitazione delle dosi somministrate a quel *maximum* compatibile con l'integrità dei tessuti normali. È, infatti, un criterio negativo, quello di *non nocere*, che guida attualmente gran parte della radioterapia antineoplastica, non quello ideale di assolutamente giovare. Accade, infine, per le nostre radiazioni, quel che suole accadere per quasi ogni altra arma terapeutica, la quale, costituita da un doppio taglio, è costretta a limitare al minimo nocumento l'efficacia della sua « dose ».

Ora, per dose, in radioterapia, s'intende essenzialmente un prodotto di due fattori: *intensità* e *tempo*. Ben si comprende, quindi, che se un criterio biologico obbiettivo non imponga una misura precisa dell'uno e dell'altro, purchè la dose o prodotto finale sia lo stesso, le intensità ed i tempi restano al criterio personale dell'operatore. Di qui la disparità dei metodi risultati a Ginevra e la dolorosa impossibilità di stabilire un'unica norma, di fronte alla sanzione dei risultati statistici nei tre casi ugualmente buoni.

Posta adunque, come barriera insuperabile la dose, immediatamente consegue una classificazione dei neoplasmi a seconda della loro vulnerabilità di fronte ad essa. Se questa vulnerabilità è integralmente compresa nella dose massima sopportabile dai tessuti normali da rispettare, l'effetto terapeutico sarà pieno, in caso contrario sarà parziale o nullo del tutto. Di qui la divisione dei tumori in radiosensibili, mediocremente radiosensibili, radioresistenti.

E questo in via ragiobiologica assoluta, a prescindere dalle diverse considerazioni della malignità clinica, che può essere, come nei linfosarcomi, in assoluto contrasto con una sorprendente radiosensibilità.

Ora, di fronte al numero dei neoplasmi mediocremente radiosensibili o non sensibili affatto alle radiazioni, condizione della loro incompleta giustiziabilità e della nostra impotenza, ben si comprende come s'accaniscano gli sforzi di tutti i radiobiologi, perchè un criterio nuovo scaturisca dall'assiduo studio a far sì, che qualche artificio biologico possa portare ad una sempre più razionale e migliore utilizzazione dei fattori, pur restando sempre dentro le colonne d'Ercole il prodotto finale o dose. La questione, come vedesi, può essere fisica, ma, intanto, resta, a mio credere, sopratutto biologica.

Tentativi molteplici in tutti i sensi sono stati fatti a questo scopo qua e là. A me piace ricordarne uno, che, sebbene sfatato dai fatti nella sua concezione teorica, resta tuttavia un tentativo biologico geniale, fecondo di ammaestramenti e collegato con quanto sotto esporrò.

Noi sappiamo che come vi sono elementi neoplastici radiosensibili e altri più o meno radioresistenti, così vi sono momenti funzionali, nella vita della stessa cellula, in cui questa assume una maggiore radiovulnerabilità: precipuo fra tutti il periodo della cariocinesi. In base a questa fondamentale cognizione De Nabias e Forestier pensarono che se, per esempio, un tumore di un centimetro cubico di volume impiega quindici giorni per raggiungere il volume di due centimetri cu-

bici, ciò vuol dire che tutte le sue cellule si sono divise per cariocinesi. Sottoponendo allora quel tumore per quindici giorni continui alle radiazioni del Radium, si colpiranno tutte le sue cellule nel momento della loro massima labilità, vale a dire quando entrano in cariocinesi, e l'effetto terapeutico non potrà essere che completo. Messo, quindi, in relazione il tempo di raddoppiamento di volume in alcuni tipi neoplastici epiteliali, col rapporto fra mitosi e cellule in riposo, ciò che gli AA. chiamano *indice cariocinetico*, De Nabias e Forestier sono giunti alle seguenti conclusioni. Un tumore con un rapporto di 1/50 (una mitosi su cinquanta cellule in riposo) a 1/100 richiede circa 10 giorni continui d'irradiazione perchè si abbia la sua totale distruzione. Un rapporto, invece, di 1/150 a 1/200 sta con un'irradiazione ininterrotta da 15-20 giorni, e 25-30 giorni sono richiesti da un rapporto di 1/250 a 1/300. La concezione, come vedesi, è molto ingegnosa, ma, a parte molteplici altre mende di varia natura, essa all'atto pratico è caduta, ed è caduta, per me, soprattuto perchè troppo prescinde nella sua linea matematica, da uno di quei canoni biologici fondamentali, che così spesso vengono dimenticati. Il rilievo dell'indice cariocinetico deve necessariamente esser praticato, mediante esame bioptico, prima dell'intervento radiumterapico, vale a dire in un momento in cui la cellula neoplastica evolve del tutto indisturbata nelle sue mansioni vitali. Ma quando noi questa cellula avremo sottoposta all'attività antibiotica delle radiazioni, la sua biologia non può non modificarsi perchè perturbata e dai danni immediati inerenti all'efficacia delle radiazioni, alteranti gli equilibri fisici dei suoi complessi colloidali, e perchè sede d'insorgenza di conati difensivi.

Ogni organismo vivente, messo in condizioni contrarie alla sua fisiologia, per meglio assicurare la conservazione di se stesso sospende temporaneamente, o in definitiva, di provvedere alla continuazione della specie.

Infatti, studiando una serie di preparati microscopici, concernenti un tumore prima, dopo e durante l'irradiazione, noi vediamo tra l'altro progressivamente diminuire, fino a totale scomparsa, il numero delle cariocinesi tipiche o efficaci. Non è questa una difesa?

Ora, un tal fatto, che, perturbando il normale svolgimento del ritmo cariocinetico, sovverte in pari tempo ogni calcolo preventivo circa la relazione fra indice cariocinetico e tempo, costituisce appunto lo scoglio contro cui ha naufragato la concezione di De Nabias e Forestier. Se le cellule neoplastiche, in qualunque stadio vitale si trovino, sono radiosensibili, il tumore sarà vinto; se non lo sono, resterà soltanto più o meno modificato, come di consueto, eludendo la cellula, col restare in riposo, il trucco preparatole di sorprenderla in un momento di estrema vulnerabilità.

E noi restiamo imbottigliati in questa situazione, per cui, di fronte ad una cellula radioresistente, non abbiamo facoltà di agire su di essa con una intensità illimitata, che finirebbe per averne ragione, ma, costretti dalle pastoie di una dose imposta, non possiamo che modificare secondo la personale preferenza il valor dei fattori. V'è così chi preferisce attaccare con forti intensità in tempo breve, e chi con intensità ridotte di lunga durata o, perfino, in più riprese. Si parla ben spesso e si scrive l'espressione di « *tecniche corrette* », ma, sotto questo punto di vista, sarebbe vano domandare quale sia la vera tecnica corretta. Ognuno individualmente può vantare la sua, ma, messi poi a confronto, come è accaduto a Ginevra, nessuno ha potuto più farlo per mancanza d'un criterio biologico rigoroso disciplinante i due fattori: intensità e tempo, non che per la uniformità dei risultati.

Stando così le cose, dopo avere sperimentato per anni le migliori tecniche in uso, dopo di averle modificate e averne tentate di nuove, anche io ebbi ben presto a convincermi di tale necessità. Con una norma biologica rigorosa le nostre possibilità, *nei casi di radioresistenza*, verrebbero ad esser forse enormemente accresciute ed ogni disparità subiettiva sarebbe in pari tempo eliminata.

Da circa due anni, appunto, io ho concepito, meditato e soltanto discusso con i Colleghi a me vicini e testimoni di tale lacuna, un piano biologico che a me pare *orientato* verso la soluzione dell'arduo problema. E poichè penso che ogni tentativo diretto in tal senso abbia diritto al suo posto e non possa riuscire sgradito, così ora soltanto mi decido a pubblicarlo, con l'unico desiderio di concorrere alla ricerca d'una via d'uscita nella situazione, in cui la mediocre o la scarsa radiosensibilità di molti neoplasmi ci tiene costretti. Debbo premettere che le tecniche, già definitivamente acquisite come del tutto efficienti, non entrano in questa discussione, e che io mi sono maggiormente occupato dei cancri epiteliali, perchè formanti un complesso di forme neoplastiche sotto ogni rispetto più tipiche, più definite e più adatte, infine, allo studio.

Io penso, adunque, che una fortezza impossibile a prendersi d'assalto, come ora noi siamo costretti a fare, attaccando con dosi intenzionalmente citocide una cellula tumorale a quelle dosi radioresistente, possa esser presa d'assedio.

Se l'esame istologico ci ha dimostrato e lo stesso naufragio della concezione di De Nabias e Forestier ribadito, che avviene l'arresto della cariocinesi in un tumore soggetto alle radiazioni (diminuzione e scomparsa per le attuali tecniche solo temporanea), io credo doverosa la ricerca, e forse possibile la ventura, di stabilire un'intensità di radiazioni necessaria e sufficiente a metter la cellula in riposo amitotico. Si tratta in primo tempo, quindi, di trovare quella intensità opportuna a provocar l'arresto dell'attività moltiplicatrice o mitosi (*intensità amitogena*), dal quale conseguirebbe intanto, come primo effetto, la paralisi della malignità del neoplasma, di cui il numero delle cariocinesi rappresenta appunto l'indice rivelatore. Si è parlato nei tumori anche di una divisione diretta e, per comune consenso, si è ritenuta come rara ed inefficace o, per lo meno, trascurabile; ma io penso che se la cellula neoplastica in condizioni antibiotiche ottempera al principio egoistico di difender soltanto se stessa, anche questa problematica modalità di accrescimento debba restare sospesa.

L'intensità amitogena, per intenderci, dovrebbe rivestire i seguenti caratteri: esser, cioè, *minima, necessaria* e *sufficiente*. Perchè necessaria e sufficiente non è mestieri dimostrarlo; dev'esser minima, invece, perchè *la sua azione dovrebbe insistere ininterrotta fino a che la cellula neoplastica abbia compiuto il suo ciclo vitale*. Ognuno comprende, invero, che se fosse possibile inibire la moltiplicazione degli elementi neoplastici fino alla loro morte, che avverrebbe, per così dire, senza eredi, il tumore finirebbe per estinguersi. Non sarebbe che questione di tempo. Si tratta, adunque, di stabilire come secondo dato questo tempo, conosciuto il quale, e solo allora, si potrebbe parlar di *dose* anzichè di *intensità amitogena*.

Ma quanto vive una cellula neoplastica? Abituati a concepire la sua vita da una divisione cariocinetica all'altra, quando questa seconda attività fosse soppressa, noi non possiamo dire *a priori* quel che avverrebbe di essa. Comunque, sapendo che il metabolismo dell'elemento neoplastico ha una intensità estremamente elevata rispetto all'elemento fisiologico, e che le cariocinesi vi sono di gran lunga più frequenti, noi possiamo supporre che il suo ciclo vitale si assolva in un tempo relativamente breve; tanto più se si pensi ch'esso è esposto al continuo fuoco delle radiazioni, le quali molto bene concorrerebbero ad affrettarne la fine. Ora, poichè questo tempo noi non conosciamo e possiamo supporlo anche notevolmente lungo, così ci è necessario che l'intensità amitogena sia la minima, affinchè non s'incappi nel rischio di saturar con le radiazioni anche l'elemento normale.

Un'intensità, diremo così, specifica per la mitosi poco dovrebbe offendere le cellule normali, in cui le cariocinesi sono estremamente rare. Questa intensità, inoltre, non essendo diretta ad uccider la cellula, potrebbe eliminare la questione della radioresistenza.

Ma se esiste, come pare, un'intensità amitogena, si può con essa superare impunemente il tempo necessario a che tutte le cellule d'un tumore muoiano, per invecchiamento e per le radiazioni, senza essersi riprodotte?

Decisamente nessuno sarebbe in grado di affermarlo. Però, un esperimento preliminare da me eseguito sull'animale in uno stipite di carcinoma del ratto fornitomi dalla cortesia del prof. Blumenthal, avrebbe dato esito apparentemente favorevole. Di esso, come di altre esperienze strettamente tecniche, riferirò in seguito. Qui non intendo esporre che il principio generale.

Se esiste un'intensità amitogena, converrà vedere in secondo tempo due altre questioni di importanza capitale: è essa intensità uguale o differente per tutti i tipi di epitelioma? E, posta come trovata l'intensità adatta, si manifesterà essa egualmente efficace per tutto il tempo necessario a raggiungere lo scopo terapeutico dell'applicazione? Dobbiamo, invero, prospettarci anche il remoto caso di dover sormontare l'eventualità di possibili adattamenti da parte della cellula tumorale. E, inoltre, il tempo richiesto perchè questa intensità raggiunga lo scopo, come varierà rispetto ai vari tipi morfologici di neoplasma?

Ognun vede, intanto, la ricca messe di quesiti radiobiologici che verrebbero a scaturire da un tal genere di ricerca, anche a prescindere dalla possibilità che la loro risoluzione, fissando una volta per sempre con norme biologiche del tutto obbiettive l'intensità da usare e il tempo dell'applicazione, toglierebbe in pari tempo il criterio aleatorio dell'arbitrio personale e le tecniche resterebbero così invariabilmente fissate. L'*intensità, infatti, sarebbe in rapporto con quanto basta per ar-*

restar la cariocinesi; il tempo con la durata, in quelle condizioni, della vita cellulare.

Questi i problemi puramente biologici. Resterebbe ora a discutere le difficoltà tecniche, ma per esse, già da me prevedute e considerate, farò l'oggetto di un articolo a parte. Dirò, intanto, che se una tale risorsa trovasse un giorno la sua pratica applicazione, dovrebbe totalmente modificarsi l'attuale strumentario radiumterapico (poichè col solo Radium sarebbe possibile la cura) e nella carica e nella forma, e che la distribuzione spaziale e topografica dei focolai radioattivi sarebbe guidata da criteri diversi. Naturalmente con l'avverarsi di un tale sistema, la collaborazione chirurgica diverrebbe indispensabile e più intima, in attesa del tempo in cui il radiumterapista sia anche chirurgo o il chirurgo radiumterapista.

Lontana da me la presunzione di volermi creare la paternità di una nuova teoria, mi ha soltanto spronato la buona volontà di aprire un nuovo campo di ricerche, nelle quali continuerò a cimentarmi, ben lieto se anche altri le stimerà degne del suo lavoro. Nell'incertezza in cui siamo, a me è parso come un nuovo sentiero in fondo al quale brilli una remota fiammella di umana speranza, nè mi scoraggerò se anche abbia per via ad estinguersi, ben pago dei problemi biologici sui quali essa abbia potuto gettare la sua pur pallida luce.

RIASSUNTO.

L'A. rileva che l'attuale disparità delle tecniche radioterapiche (Röntgen e Curieterapiche) e gran parte della impossibilità radioterapica nelle cure dei tumori, dipendono dalla mancanza di un criterio biologico rigoroso, che, togliendo l'arbitrio personale nella scelta dei valori rappresentanti i fattori della dose, disciplini obbiettivamente e rigorosamente l'intensità e il tempo. Ad eliminare tale confusione e a migliorare i risultati radioterapici, egli propone la sostituzione del criterio della dose direttamente citocida, rilevatosi insufficiente nei casi di radioresistenza, con quello più biologico rivolto ad utilizzare la persistenza dell'attività frenatrice delle radiazioni sulla moltiplicazione cellulare (intensità amitogena), per tutto il tempo necessario a che l'elemento neoplastico assolva il suo ciclo vitale (dose amitogena). In tal modo l'ostacolo della radioresistenza viene ad essere evitato e i fattori della dose (intensità e tempo) restano in ogni caso definitivamente fissati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Rene idronefrotico che svia la diagnosi facendo pensare a cisti ovarica attorcigliata sul peduncolo.

Dott. GIANNINO CONTE (San Bellino di Rovigo).

Errori in tema di idronefrosi non sono nuovi (dott. Andrea Vitale, *Policlinico*); credo però ugualmente opportuno citare questo mio caso, che mi fece sbagliare la diagnosi.

Signora N. N., anni 60, da S. Bellino.

Anamnesi famigliare: Nulla.

Anamnesi personale remota: Nata da parto regolare; normale l'infanzia e lo svolgimento dell'età pubere; prima mestruazione a 14 anni. Ebbe 9 parti a termine.

Ha goduto sempre buona salute fino all'età della menopausa, 48 anni, dalla quale epoca cominciò a lamentare disturbi vari, tra i quali e più ricordati, dolori gastrici e gonfiore di stomaco dopo i pasti; facile irritazione psichica.

Qualche tempo dopo l'ultima gravidanza si accorse di un notevole ingrossamento del ventre, ma afferma che non ebbe mai nessuna noia per questa deformità.

Quattro mesi prima, cioè all'inizio di giugno, accusò i seguenti disturbi: pollachiuria, minzione dolorosa, emissione di orine torbide; però questi fatti durarono pochi giorni, tanto da passare quasi inosservati per la paziente.

Anamnesi personale prossima: L'attuale malattia, secondo le dichiarazioni della donna, era cominciata un'ora circa prima del mio arrivo, verso le sedici; ne era stata presa improvvisamente, in piena salute.

Sintomi: Dolore fortissimo, che diede senso di annientamento alla malata e riferito alla metà sinistra dell'addome, occupante parte del quadrante superiore e tutto l'inferiore, accompagnato prima da conati di vomito e vomito, poi da intensi brividi di freddo.

Alvo parzialmente chiuso, persistendo tutt'ora l'emissione di venti.

E. O. Aspetto di persona molto sofferente. I lineamenti del viso sono stirati, di tanto in tanto si notano contrazioni certamente determinate dallo acutizzarsi periodico del dolore; gli occhi sono cerchiati da un alone scuro.

Cute pallida e secca, lingua rossa e secca.

Polso 180, piccolo, quasi sfugge alla palpazione.

Temperatura: 37°,5.

Torace: negativo all'esame del cuore e dei polmoni.

Addome: Ispezione: molto grosso, di forma globosa. La presumibile massa, che lo deforma è tutta spostata sulla metà sinistra dell'addome al di là della linea mediana. Dividendo la massa in 4 parti, si vede che essa è tagliata tra il primo e secondo quarto superiori dalla linea ombellicale trasversa. Facendo respirare la malata, non vedo che quella massa si sposti.

Palpazione: la massa in questione della grossezza una volta e mezza una testa di adulto, è

assai dolente, di consistenza duro-elastica, liscia in ogni sua parte: non si sposta coi movimenti respiratori.

Praticando l'acconcia manovra, percepisco nettissimo senso di fiotto. Non riesco a darle spostamenti da D. a S., è invece alquanto spostabile dall'alto in basso e viceversa ed ho la sensazione che la globosità abbia le sue origini nella piccola pelvi, dove sembra continuarsi, affondandosi.

Esplorazione vaginale: il fornice di sinistra è schiacciato da una massa duro-elastica, dolente assai, liscia. Facendo pressione col dito riesco a spostarla alquanto solo verso l'alto.

Pratica l'esame bimanuale; premendo la massa con un dito della mano interna avverto che l'esterna, posata sulla tumefazione, viene respinta. Piccoli colpi inferti con un dito della mano esterna vengono dal dito interno percepiti come senso di fiotto. Dopo questi esami, mi sembra di poter ricavare la sicurezza che la massa veduta e palpata all'esterno è la stessa che internamento io sento premere sul fornice.

Proseguendo nel mio esame, con la mano interna faccio fare all'utero dei movimenti verso l'alto e da D. a S. e contemporaneamente saggio con la mano esterna posata sulla superficie della massa: con questa manovra ho netta la sensazione che la globosità segue i movimenti da me impressi all'utero.

Esame delle orine: colorito rossastro, limpide. Albumina presente in tracce e assai trascurabili; negativi tutti gli altri esami.

Il caso era da porre in quella categoria così caratteristica delle sindromi addominali acute.

Scartai senz'altro l'idea d'una peritonite acuta localizzata, per i segni obbiettivi offertimi dalla globosità in questione, per la mancanza nella anamnesi di ogni dato, che mi facesse pensare ad uno di quei focolai che sono i soliti comuni nella causistica delle sindromi peritonali acute. Se nella mia malata c'era qualche cosa di peritonico, questo era certamente secondario ad un altro fatto.

Si poteva pensare ad un ileo?

Data l'età della paziente, si poteva pensare all'azione occludente d'un carcinoma localizzato nell'ultima porzione del colon discendente; ma un carcinoma così voluminoso da dare ora una ostruzione così perfetta, non avrebbe forse dovuto causare alla paziente disturbi del genere anche precedentemente, notificando il quadro dell'ileo cronico?

Poi un carcinoma avrebbe dati dei disturbi generali; inoltre uno sviluppo carcinomatoso così imponente avrebbe avuto profonde radici di fissamento, mentre invece la massa era mobile.

Allora l'ostruzione poteva essere determinata da un polipo; ma anche questo avrebbe date delle spie precedentemente alla acuta improvvisa sindrome attuale. Mi sembrò dunque troppo muta la anamnesi per potere pensare ad un ileo d'origine tumorale, perchè questo avrebbe dovuto avere i caratteri d'un ileo cronico.

Ileo acuto? Per invaginamento o per volvulo. La massa non faceva percepire i borborigmi, che si sentono a monte di uno strozzamento, non notai alcuna traccia di esagerata peristalsi designantesi sulle pareti addominali. Troppo recente era poi l'acuto insorgere della sindrome, perchè si potesse conciliare con la grossezza della massa, che avrebbe dovuto rappresentare la dilatazione compensatoria a monte dell'ipotetico punto strozzato. Infine come poteva formarsi in così breve tempo tanto liquido, da determinare una così grande tensione e una così spiccata fluttuazione?

Non pensai ad una idronefrosi e del resto mi mancava ogni dato anamnestico, che me ne desse l'appiglio.

L'unica ipotesi, che mi rimaneva, era quella di una cisti ovarica attorcigliata sul peduncolo.

I caratteri morfologici della massa, tutti i segni obbiettivi rilevati mi sembrarono altrettanti dati sufficienti per condurmi a questa diagnosi. Consigliai il ricovero immediato in un reparto chirurgico per l'intervento. I famigliari rimandarono la decisione al giorno dopo e vollero un consulto « il collega chiamato fu d'accordo con me ».

L'a. fu portata nel reparto chirurgico del prof. Carraro dell'Ospedale Civile di Rovigo. Il professore, oltre la diagnosi di cisti ovarica, emise l'idea che si trattasse di un ileo.

Operatore il prof. Carraro, assistente il dott. Baroni: fu grande e di tutti la sorpresa, quando il reperto operatorio mostrò l'esistenza di un'enorme pionefrosi purulenta di S., che occupava tutta la corrispondente porzione inferiore dell'addome entrando anche nella piccola pelvi. Questo enorme ingombro insolito, data la sede normalmente occupata dal rene, era determinato non solo dalla grossezza della massa, ma anche, ed in molta parte, dal fatto che si trattava d'un rene ptosico.

La massa fu asportata.

La donna è deceduta otto giorni più tardi per insufficienza renale.

Molte cose potrebbero essere dette su questo caso. Sarò breve però.

Prima di tutto: è comprensibile e plausibile il mio errore di diagnosi? Credo che sì. Il silenzio quasi assoluto dell'anamnesi, l'ubicazione della massa, anormale per il rene, la sintomatologia obiettiva rilevata mi sembrano dati sufficienti per confortare l'errore e

bastanti per spiegare l'inganno in cui fui tratto.

C'è l'episodio orinario del mese di giugno; troppo piccolo per dare il suo peso nella discussione diagnostica e d'altra parte è assai facile ch'esso salti alla mente oggi, dopo un così completo e chiaro esame dei fatti.

Ora mi sembra utile rifare all'indietro il cammino, cercando come fu preparata e provocata la sindrome.

Il rene non era calcoloso ed invece fu facile rilevarlo come un rene ptosico, il cui uretere era piegato su se stesso; per questo possiamo spiegarci l'idronefrosi e la successiva sindrome; non posso, senza cercarne il perchè, comprendere uno scoppio così acuto non preceduto da nessun avvertimento, da nessun dato nella anamnesi.

Un rene ptosico idronefrotico portato a lezione dal prof. Donati, quando insegnava ancora nella clinica di Padova, aveva dato una sindrome dolorosa intermittente; anche Forgue parla, in questo caso, di idronefrosi intermittenti.

La spiegazione di questa intermittenza è data dal fatto che l'uretere può riprendere la sua continuità raddrizzandosi. Credo dunque che un tale silenzio in una idronefrosi datante certamente da molto tempo sia stato dato da tre fatti: 1) l'equilibrio funzionale mantenuto dall'altro rene; 2) l'essersi l'idronefrosi mantenuta per lungo tempo esente da inquinamenti settici; 3) la mancanza di infezioni in qualunque altro segmento dell'apparato orinario.

Del resto questo mi sembra il miglior modo di spiegare tanto silenzio di sintomi con una così voluminosa idronefrosi e che sia stato proprio una infezione, che ruppe il compenso funzionale mantenuto dal rene sano.

Ora, a fatti conchiusi, dopo una così completa chiarificazione del caso data dal reperto operatorio, viene logico e spontaneo dare importanza, come fattore patogenetico, al fatto orinario del mese di giugno, il quale può essere interpretato come manifestazione d'una infezione cistitica.

La donna mi aveva dichiarato che era stata sempre bene fino all'attuale sindrome, essendone stata colpita in piena salute; ma ogni medico pratico nella sua esperienza sa quanto spesso in campagna si tiri innanzi o per ignoranza o per consuetudine a non dar peso ai propri disturbi, inoltre si sa, come specialmente nel sesso femminile, siano ingannevoli e subdoli i sintomi d'una cistite.

Per questo si può dedurre che da giugno a settembre la donna abbia sofferto qualche disturbo, ma che l'abbia taciuto, mentre, reso noto, avrebbe forse dato al medico il dubbio di un'infezione orinaria in atto.

Premesso questo, due ancora sono le vie che condussero allo scoppio della sindrome.

Rendo noto un dato del reperto operatorio; l'orina levata dalla sacca idronefrotica era purulenta; dunque tutto l'albero sinistro dell'apparato orinario era ammalato.

La donna è morta otto giorni dopo l'intervento per insufficienza renale; da questo fatto mi sembra di potere concludere che lo chock operatorio ha dato il crollo a quel resto di funzionalità mantenuto dal rene rimasto e che questo rene doveva essere già prima in cattive condizioni per reggere così poco dopo l'intervento. La stanchezza del rene destro troncò l'equilibrio funzionale ed allora, resasi del tutto insufficiente l'eliminazione orinaria, scoppiò la sindrome.

Anologia con l'asma cardiaco in un cardiopatico scompensato o con l'edema acuto polmonare.

Ma la sindrome poteva essere causata da un'altro fatto e precisamente con lo stesso meccanismo come per le coliche litiasiche.

Supponiamo che l'idronefrosi non fosse completamente chiusa, ma che esistesse un parziale scolo dell'orina; dai calicetti o dall'uretere si sarebbe staccato un coagulo purulento, il quale, quasi fosse un calcolo, avrebbe totalmente reso impervio l'uretere stesso. Si aggiunga la deficiente funzionalità del rene destro, ed ecco che anche in questo caso diviene facile il comprendere lo scoppio della sindrome dolorosa.

Con queste brevi note mi sembra di avere, almeno in parte, toccati tutti i punti d'un certo interesse rilevabili in questo caso.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso di idronefrosi che fa sviare la diagnosi; spiegazione dell'errore, imputandolo al silenzio sintomatologico che precedette la sindrome.

L'A. cerca di chiarire la patogenesi riferendola a scompenso renale o a occlusione dell'uretere sinistro con un coagulo purulento.

BIBLIOGRAFIA.

1) ANDREA VITALE. *Idronefrosi in un rene unico, che da sindrome di pseudo occlusione intestinale.* Policlinico, Sez. prat., 1929, p. 1625.

2) FORGUE. *Patologia Speciale Chirurgica*, vol. II.

TECNICA.

Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Pisa

diretta dal prof. DOMENICO TADDEI.

Su di un particolare di tecnica da seguirsi durante il II tempo dell'operazione di Freyer.

Dott. GIORGIO MILLUL, assistente.

Tra i vari interventi che il chirurgo urologo deve praticare sull'apparato urinario in genere, l'adenomectomia intraprostatica occupa uno dei primi posti, sia per l'importanza dell'intervento, sia per quanto riguarda la posizione numerica di detta operazione, sia per lo studio di cui è stata oggetto da non pochi anni a questa parte. Gli studiosi hanno più volte richiamata la loro attenzione su questo fatto ed hanno considerato distintamente i varî problemi che con esso sono collegati sia rispetto allo studio dei malati, sia alla tecnica operatoria, sia al decorso post-operatorio e si può dire che ogni Scuola abbia cercato di diminuire progressivamente la mortalità, impressionante in un primo tempo, e di diminuire il periodo di degenza degli infermi sottoposti al trattamento proposto da Freyer.

In questa breve nota ometterò non solo di riferire i varî procedimenti proposti per alleviare le sofferenze post-operatorie, ma anche ometterò di discutere l'opportunità (che alcuni chirurghi hanno considerato di recente) di praticare l'adenomectomia previa epicistostomia soprapubica; unicamente credo utile invece illustrare un particolare di tecnica che nella Clinica viene seguito sistematicamente da circa quattro anni a questa parte. Già il mio Maestro richiamava l'attenzione a proposito del trattamento post-operatorio di questi malati, fissando un particolare allora seguito (*Riforma Medica* n. 3, 1926) per rendere più facile l'applicazione del drenaggio vescicale una volta tolto il tubo sifone applicato al termine dell'operazione stessa. I risultati pratici ottenuti furono veramente lusinghieri in quanto il ridurre ad un minimo il trauma in malati, così poco resistenti, rendeva più sicuro il decorso ed assicurava una guarigione assai più rapida. A tale procedimento però furono praticate successivamente alcune modificazioni in quanto, in alcuni casi, il dovere superare le difficoltà che oppongono al cateterismo uretrale la presenza e la irregolarità della loggia prostatica dalla precedente enucleazione degli adenomi, richiedeva talora un ripetere di tentativi accompagnati da non poche sofferenze, da lieve emorragia ecc. Per ovviare a ciò la tecnica precedentemente illustrata è stata modificata in modo da semplificare realmente questo tempo del decorso post-operatorio e cioè fu proceduto nel modo seguente: — una volta tolta la sonda di Pezzer dell'epicistostomia, prima di procedere alla enucleazione degli adenomi fu posta in vescica, attraverso l'uretra, una comune sonda metallica, la quale, oltre a rappresentare una guida utile durante l'intervento, rappresenta un elemento indispensabile per l'attuazione del cateterismo *immediato* per via retrograda. Completata l'operazione, avanti di applicare il tubo per il sifone ipogastrico, si fa fuoriuscire dalla ferita il becco della sonda stessa e su questo viene fissata con seta robusta una Nelaton comune e si pratica così facilmente il cateterismo retrogrado estraendo dall'uretra detta sonda, ciò che avviene senza difficoltà alcuna, specialmente se il dito in vescica guida la sonda in corrispondenza del collo. Attraverso gli occhi dell'estremo della Nelaton sporgente dalla ferita soprapubica, viene assicurato un filo di seta robusto che è fatto fuoriuscire dall'angolo inferiore della ferita ipogastrica e momentaneamente mantenuto in posto da una comune pinza emostatica. Applicato il tubo sifone, terminata la parziale ricostruzione della parete addominale, ponendo un piccolo drenaggio di garza nel Retzius, si toglie l'emostatica e si assicura la seta annodandone i capi attorno ad una piccola garza opportunamente piegata. Avanti di attivare il sifone si ha cura di chiudere con acconcia legatura l'estremo libero della sonda che fuoriesce dal meato uretrale, applicata in un primo tempo.

Quando si toglie il sifone (e ciò avviene generalmente in 2ª, 3ª e 4ª giornata) è facile fare funzionare la sonda uretrale; infatti mediante il filo di seta che è applicato all'estremo vescicale si fa risalire questa e si praticano, a giusta distanza uno dall'altro, alcuni occhielli in modo da rendere più facile il funzionamento della sonda stessa. Questi possono essere praticati mediante un colpo di forbice sulla guida dell'indice sinistro al momento di introdurla in via retrograda nell'uretra. Si apre l'estremo esterno finora mantenuto chiuso e si applica la sonda a punto giusto in modo da avere la fuoriuscita di urina goccia a goccia e si pone (avendo applicata adeguata medicatura sulla ferita) la sonda stessa di lato o meglio ancora rivolta verso la spina iliaca in modo da abolire o da diminuire notevolmente l'angolo peno-scrotale. Onde rendere ferma la sonda, in modo che con il suo estremo affiori alla ferita, sì da drenare perfettamente ed evitare

il più piccolo ristagno, non occorre fissare questa al pene, ma sarà sufficiente annodare di nuovo il filo di seta, applicato al capo vescicale intorno ad una garza. Tale disposizione può essere utile in caso di necessità di lavande vescicali (coaguli, frustoli), lavande che generalmente nella clinica non si praticano in condizioni comuni e che generalmente devono essere sconsigliate.

Tenuto conto della tecnica descritta si comprende come la sostituzione della sonda uretrale sia facile in quanto che sarà sufficiente utilizzare il filo di seta precedentemente applicato per innestare all'estremo vescicale della sonda in posto l'estremo distale della nuova Nelaton e, una volta assicurata la perfetta unione, eseguire il cateterismo retrogrado che riesce senza difficoltà alcuna. Il filo di seta viene mantenuto come repere sino a quando la sonda non possa essere abbandonata in vescica, cioè quando la ferita addominale sia notevolmente ristretta e quando si può ritenere che il cateterismo per la via uretrale riesca senza la più piccola difficoltà e ciò avviene in media tra il 10° ed il 12° giorno.

Questo particolare che può essere seguito anche in quei casi in cui il chirurgo non ritenga indicato l'applicare, come facciamo nella clinica, un grosso tubo sifone, ma preferisca applicare nuovamente o una Pezzer od altro tubo, come per esempio quello di Freyer, quello di Marion o quello di Sigurtà, non trova alcuna controindicazione ma ugualmente permette di migliorare le condizioni di questi malati sia diminuendo le sofferenze, sia realizzando la possibilità di ottenere sino dalla terza giornata che la medicatura ipogastrica si mantenga relativamente e talora assolutamente asciutta e sino da questi primi giorni si viene così a favorire la cicatrizzazione della ferita stessa che rapidamente si presenta spogliata e bene granuleggiante in modo da potere ottenere una guarigione assoluta in un tempo piuttosto breve ed evitando sia le alterazioni cutanee dovute al continuo scolo dell'orina sia ottenendo una riduzione notevole della ferita non suturata e quindi diminuendo la possibilità di eventrazioni post-operatorie.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione su di un particolare di tecnica da seguire subito dopo l'adenomectomia, facendo notare che il cateterismo retrogrado immediato riduce di molto il trauma postoperatorio ed accelera il processo di guarigione.

COMMENTI

A proposito della puntura dei ventricoli cerebrali.

Nella mia comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma (31 maggio 1930) sulle « indicazioni, i vantaggi e la tecnica della puntura ventricolare nei tumori cerebrali », venendo a parlare delle indicazioni curative di questo piccolo intervento, rilevai quale ne fossero l'importanza ed i beneficii nei pazienti minacciati, nella loro vita e nella loro facoltà visiva, da una ipertensione endocranica eventualmente acutizzabile. Mettevo in contrasto i vantaggi della puntura ventricolare con i pericoli ben noti della *puntura lombare*, la quale di regola è mal tollerata e, non raramente, riesce fatale nei casi di tumori della fossa cranica posteriore, specialmente se dànno luogo a idrocefalo ostruttivo di alto grado, in conseguenza delle gravi perturbazioni della idrostatica e della idrodinamica encefalica che produce, e sulle quali non è qui il caso di soffermarmi. Ora, nel resoconto della suddetta mia comunicazione, comparsa nel n. 27 del *Policlinico*, laddove è riferito il mio pensiero sopra enunciato sull'effetto curativo della puntura ventricolare, per errore tipografico o del dattilografo, mi si fa dire proprio il contrario. La frase del terzo capoverso del resoconto va così corretta: « La puntura ventricolare, eseguita tempestivamente, può salvare la vita di questi individui; invece la *puntura lombare* riesce spesso fatale quando esiste un idrocefalo interno ostruttivo di alto grado da tumori della fossa cranica posteriore, e specialmente nei casi di tumori del IV ventricolo ». In questi casi, come allora dissi, diminuendo la pressione endocranica a monte dell'ostacolo, si alleggerisce la spinta in basso esercitata dalla massa cerebrale sul tronco dell'encefalo e sulla base cranica, e si facilita, così, la circolazione sanguigna negli organi situati nella fossa cranica posteriore, diminuendo i danni e il patimento funzionale dei centri bulbari. Il contrario avviene quando si sottrae il liquido dagli spazi subaracnoidali spinali, a mezzo della puntura lombare, specialmente quando esiste il blocco o un grave ostacolo delle comunicazioni ventricolo-subaracnoidali.

G. AYALA.

CONFERENZE.

Sulle infezioni stomatogene.

È l'argomento scelto da H. Pichler (*Wiener Klin. Woch.*, 29 maggio 1930) per la sua prima lezione all'Istituto Universitario odontojatrico, per l'importanza della questione, che deborda dal campo odontojatrico per entrare in quello della medicina generale, e per il sapore di attualità dovuto sopratutto al clamore che gli anglosassoni fanno su tale argomento.

È un fatto conosciuto dai tempi antichi, che le malattie orali possono essere la porta d'ingresso d'infezioni acute, sia delle immediate vicinanze che del resto dell'organismo: e le prossimiori sono tanto frequenti, che vengono sopportate con atteggiamento fatalistico, e non prese in seria considerazione. A torto, come dimostrano le statistiche dei grandi centri: così l'A. nel 1924 ha osservato sei casi letali, e ne può aggiungere oggi ancora otto. Nella maggior parte di questi casi acuti, la sorgente della sepsi è chiaramente manifesta: una piccola parte rimane fra le « sepsi criptogenetiche », di un gran numero delle quali è merito degli specialisti l'aver scoperto la porta di ingresso nelle tonsille, nelle cavità accessorie del naso, nei denti.

Ma è in ispecie dei focolai di infiammazione cronica intorno all'apice della radice dei denti che l'A. si occupa.

Secondo la dottrina dell'*infezione dentaria focale*, da questi focolai, che passano del tutto inavvertiti, si possono diffondere in tutto l'organismo batteri o tossine, e provocare malattie generali, o localizzate nei diversi organi. Con tali focolai dentari sono state messe in rapporto non solo le sepsi generalizzate croniche, l'endocardite, tutte le affezioni reumatiche delle articolazioni, muscoli, nervi, pelle ecc., ma anche le infiammazioni delle vie biliari, dell'appendice, delle sierose, dei reni, l'ulcera dello stomaco e del duodeno; e inoltre la poliomielite, la neurastenia, le dispepsie, le cefalee, le anemie, la scarsa capacità o tendenza al lavoro, tutte le malattie psichiche, e così via. E siccome, secondo gli estremisti, l'unica cura possibile di tali focolai è l'estrazione dei denti, ne è seguita in America una vera ecatombe di denti.

In Germania tale tendenza estremista è stata accolta piuttosto freddamente. Così Weiser ha fatto osservare l'enorme frequenza di tali focolai in persone del resto sane, e messo in evidenza i buoni risultati della cura conservativa. E oggi si tende a ritornare indietro da tali esagerazioni.

Il cerchio delle malattie attribuite all'infezione focale è più o meno ampio a seconda dei vari AA. Fra i tedeschi, Weil considera di origine orale l'infezione reumatica.

Nessuno nega la possibilità dell'esistenza di sepsi di origine orale, ma sulla frequenza i pareri sono discordi. Non è però giustificato, come fanno alcuni, negare qualsiasi rapporto fra sepsi croniche e focolai dentari, solo perchè questi sono straordinariamente frequenti e quelle molto rare.

Praticamente importante è la questione della guarigione o meno delle infezioni generali in seguito all'allontanamento dal focolaio settico: anche qui i pareri sono discordi, poichè è difficile giudicare dell'influenza della terapia su malattie di questo genere. A volte il trattamento della lesione dentaria è seguìto da reazioni di focolaio (Falta).

Dopo aver accennato alla importanza della tonsilla come sorgente di sepsi stomatogena, l'A. passa a descrivere il granuloma che si forma per infiammazione cronica nel tessuto periapicale della radice del dente: il quale può decorrere senza alcun sintomo, o provocare disturbi di grado molto diverso (sensibilità alla pressione, scuotimento del dente, formazione di un ascesso sottomucoso e infine di una fistola), e, a differenza degli altri focolai infiammatori, non è suscettibile di guarigione spontanea. Può durare dei decenni e alla fine il dente viene espulso dall'alveolo. V'è una certa analogia con i processi che si svolgono intorno ad un corpo estraneo infetto o a un sequestro.

Un altro gruppo di focolai dentarii è costituito dalle infezioni saccate paradentarie, che, a differenza dei focolai periapicali, comunicano con l'esterno, possono guarire spontaneamente, e hanno importanza molto minore quale sorgente di sepsi.

Riguardo alla cura dei focolai periapicali, l'A. sostiene che buoni successi si hanno con l'otturazione accurata e completa dei canalicoli delle radici, che di regola è seguita da guarigione del granuloma, l'asportazione del quale non è necessaria; si mostra scettico sulla possibilità di sterilizzare completamente un dente infetto: se non è sufficiente l'otturazione dei canalicoli, nè la resezione dell'apice della radice, non rimane che asportare il dente.

Della massima importanza è il trattamento profilattico delle infezioni dentarie; che si deve fare sopratutto sui bambini e nelle scuole ed è diretto a conservare sana la polpa dentaria.

F. BIGNAMI.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

La setticemia tubercolare amiliarica. (Tifobacillosi di Landouzy).

(G. Ruffini. *Arch. di Pat. e Clin. Med.* f. III, febbraio 1920).

Seguendo il concetto del Viola, nella denominazione di setticemia tubercolare amiliarica il Ruffini include i quadri descritti dal Landouzy come tifo-bacillosi, dagli autori tedeschi come *sepsis tuberculosa* acutissima (Reiche, Scholz) o tifo-tubercolosi (Fraenkel) o setticemia tubercolare (Banting).

Lo stato setticemico è caratterizzato non dalla presenza o meno di localizzazioni primarie o tardive, ma esclusivamente dall'impiantarsi del germe nel sangue, e di tale definizione, dovuta al Viola, si portano le ragioni cliniche. Che il sangue coltivato sia sterile, non depone contro la setticemia, secondo tale concetto, perchè delle condizioni possono favorire tale stato di cose.

Premesse queste notizie a chiarificazione della nuova definizione, e di come debba intendersi il concetto di setticemia, vien considerata l'etiologia e la patogenesi di tale forma, e sono confrontate le due teorie della scuola francese e tedesca; secondo la prima, durante la fase puramente febbrile, i bacilli si trovano nel sangue e sparsi in molti tessuti; secondo la scuola tedesca i bacilli sono localizzati già nell'organo che poi si altererà.

Il quadro anatomico descritto dal Landouzy è costituito da fatti infiammatori generalizzati, da aumento del volume della milza e del fegato per congestione, e qualche volta da rari piccoli tubercoli grigi appena visibili.

Il quadro anatomico descritto dagli AA. tedeschi è sostanzialmente diverso.

Clinicamente l'inizio della malattia può essere brusco, senza sintomi prodromici, accompagnato da brividi di freddo, oppure lento, graduale. Stabilitasi la febbre, essa assume un carattere continuo o continuo-remittente; in corrispondenza delle remissioni febbrili si hanno sudori, di preferenza la notte. La *facies* ricorda quella dei tifosi; il polso, in rapporto alla temperatura, è notevolmente frequente. La milza ed il fegato sono aumentati di volume.

L'apparato polmonare non fa rilevare nulla di anormale, benchè spesso vi sia una tosse secca, frequente. Nulla al cuore; a carico dell'apparato gastro-intestinale si nota stitichezza di alto grado. Il sensorio in genere è lucido.

Nell'urina lieve albuminuria; nel sangue leucopenia con linfocitosi. La cutireazione è in genere positiva, ma non in modo accentuato. Nel sangue e nelle urine compaiono a *poussées* bacilli tubercolari, che è possibile mettere in evidenza con speciali accorgimenti tecnici.

Il decorso è vario, e può assumere le più diverse forme: da quella passeggera, lieve, guaribile, a quella acuta grave, mortale. Il Ruffini le divide in 4 forme: 1) semplicemente setticemiche, benigne, guaribili; 2) iperacute, rapidamente letali già nel periodo setticemico; 3) ad evoluzione in tre periodi distinti: periodo setticemico, periodo libero e periodo di localizzazione; 4) forme tipicamente setticemiche insorgenti durante una infezione tubercolare già in atto.

La diagnosi differenziale della sepsi tbc. amiliarica è assai difficile; bisogna prendere in considerazione sopratutto l'infezione tifica, la tubercolosi miliare, le malattie setticemiche in genere. La sintomatologia di queste varie infezioni, e sopratutto il reperto positivo del bacillo di Koch in circolo od il reperto negativo dell'esame radiografico polmonare possono essere utili fattori differenziali.

Come terapia giovano gli stricnici, dati però a grandi dosi, cominciando da 1 mgr. e giungendo a un ctgr. al giorno.

La prognosi della setticemia tubercolare amiliarica è in genere favorevole.

In appendice sono riferite le storie di tre casi di setticemia tubercolare amiliarica.

Carusi.

Sui rapporti tra pleuriti e tubercolosi polmonare.

(C. Bartolotti. *Riv. Pat. Clin. Tuberc.*, f. II, febbr. 1930).

Quale azione ha la pleurite essudativa sul decorso di una coesistente tbc. polmonare? I Moro che si è occupato largamente dell'argomento ritiene che la pleurite essudativa giova nei tbc. polm. non per la presenza nel liqu di sostanze anticomplementari difensive, ma per una maggiore reazione difensiva locale polmonare provocata dal processo tbc. Secondo Bordet l'azione favorevole è da ascrivere alla stabilità del mediastino, provocata dalle aderenze che formano come delle solide travate.

In sostanza tutti gli AA. sono concordi nel riconoscere alla pleurite un valore indifferente o favorevole; solo Besançon e Weill sostengono che la pleurite secca abbia un'azione vulnerante. La difficoltà sorge nello stabilire il meccanismo d'azione.

Allo stato attuale non possediamo elementi probativi per riconoscere alla pleurite essudativa, o fibrinosa se decorrente con alta febbre, la capacità di determinare poteri immunitari, e di costituire quindi un ottimo coefficiente di cura della tubercolosi polmonare; si potrebbe soltanto ammettere che l'una e l'altra forma possano agire stimolando i poteri di difesa del-

l'organismo come fatto reattivo, così come può riscontrarsi durante il corso di processi febbrili di qualche entità.

La ipotesi di una immunità umorale ha basi meno solide. Tuttavia in conclusione l'azione benefica d'un versamento pleurico è riferita ad un fattore di immunizzazione (umorale o istiogena); gli esiti (aderenze) di pleuriti fibrinose od essudative sono efficaci sia che agiscano come elemento di immunizzazione (istiogena), sia come fattore meccanico.

Partendo da tali premesse, l'A. ha voluto ricercare: l'eventuale efficacia di aderenze pleuriche, *ex sé*, cioè senza il concorso di altri interventi, e solo per lo stato di riposo in cui viene a trovarsi il polmone malato.

Dalla considerazione di cento casi di pleurite essudativa si può dedurre che gli esiti di tale pleurite non costituiscono un fattore di immunizzazione contro la tbc. polmonare. Appare invece che l'utilità del processo è da mettere in rapporto con i reliquati delle pleuriti — sinechie, aderenze — e deve essere considerato alla stregua d'un fattore fisiomeccanico. L'efficacia delle aderenze è in rapporto alla loro sede, estensione, solidità, ecc.

I casi di pleurite fibrinosa presi in esame furono 82. Lo studio di questi casi ha fatto notare che i pazienti i quali soffrirono di pleurite fibrinosa presentano una mortalità assai alta; i miglioramenti invece sono scarsi. Anche queste forme di pleuriti, a simiglianza delle precedenti, non hanno alcuna capacità di immunizzare contro le localizzazioni tbc. di altri organi o tessuti, nè possono stimolare generici poteri di difesa, quale processo febbrile, perchè decorrono con scarsa temperatura. Quindi se qualche vantaggio possono arrecare al processo tbc. questo dev'essere riferito ad un'azione fisiomeccanica.

Come deduzione d'indole terapeutica ne scaturisce che, in casi di tbc. polmonare in cui si stabilisca una pleurite essudativa, bisogna estrarre il liquido e sostituirlo con gas; ciò va fatto a processo pleurico esaurito, ma non troppo tardi, per evitare di incontrar delle aderenze, capaci di limitare o inibire la collassoterapia. Lo stesso trattamento va esteso ai versamenti pioidi o purulenti.

In caso di aderenze già costituite, non v'è possibilità di pnt., il quale d'altronde sarebbe di scarsa necessità, perchè le aderenze di per sè assicurano uno stato di riposo polmonare sufficiente a facilitare la guarigione di lesioni con decorso d'ordinario torpido. È opportuno tentare il pnt. allorchè le aderenze, anche molteplici sono circoscritte su zone, e permangono segni di mobilità respiratoria e di attività del processo polmonare. Non riuscendo il pnt. in tali casi, si può ricorrere alla frenicoexeresi, la cui utilità è limitata però dalle stesse aderenze pleuriche.

CARUSI.

SISTEMA NERVOSO.

L'organismo epilettico e i sintomi di epilessia.

(THURZÒ. *Mediz. Klin.*, n. 20, 1930).

Partendo dal concetto che oggi domina nel campo della medicina interna, l'A. riprende la questione dell'epilessia attraverso lo studio di tutto l'organismo, e del chimismo dei suoi umori.

Lo studio delle contrazioni epilettiche non può andar disgiunto infatti da quello del tono muscolare, e questo, a sua volta, dalla influenza che il ricambio, il sistema vegetativo e l'endocrino esercitano su di esso. Si è messa poi in evidenza la presenza di una sostanza tossica nell'urina emessa subito dopo l'attacco epilettico; ma sostanze simili possono trovarsi anche dopo altre psicosi.

L'iniezione di siero di sangue di epilettico nel coniglio ha provocato la comparsa di crisi convulsive; per quanto riguarda la tossicità del *liquor* non abbiamo dati precisi per affermarla; certo non vi si riscontrano alterazioni degne di nota.

Dal punto di vista diagnostico meritano attenzione tutti i mezzi suggeriti per la provocazione degli attacchi. Di questi mezzi (iniezioni di cocaina, alcool, compressione della carotide, ecc.) l'A. ricorda sopratutto l'iniezione di adrenalina; noi non ne conosciamo il meccanismo, nè sappiamo quanta parte vi prenda il sistema neurovegetativo; ma, ragionevolmente, l'A. si rifiuta di aderire a quelle vedute di stretto simpatico o vagotonismo che sono di moda, e sostiene che sia le funzioni del sistema che quelle dei medicamenti che su di esso agiscono abbiano spiccato carattere difasico, simpatico, cioè, e vagotonico insieme.

L'iperventilazione è stata anche usata dall'A. per studiare la provocazione volontaria degli attacchi; i suoi risultati non sono stati sempre favorevoli e perciò meno brillanti in complesso di quelli di altri autori che hanno conseguito dei notevoli successi; secondo l'A. l'iperventilazione agisce determinando una diminuzione dell'acido carbonico nel sangue, d'onde un disturbo dell'equilibrio acido-basico che aumenta la predisposizione agli attacchi; e altri autori hanno affermato che nella epilessia il sistema nervoso centrale ha perduto la capacità di regolare l'equilibrio acido-basico.

Oggi le ricerche ulteriori debbono perciò rivolgersi non più sul campo della anatomia e della istologia, ma nel campo delle modificazioni degli umori dell'organismo. V. SERRA.

Le manifestazioni nervose della poliglobulia.

(J. LHERMITTE. *Gaz. des Hôp.*, n. 36, maggio 1930).

Le poliglobulie sono state divise da Aubertin e Mouquin in poliglobulie secondarie e

primitive, criptogenetiche o eritremiche. Mendel invece distingue una poliglobulia con cianosi, emorragie, splenomegalia e qualche volta epatomegalia, denominata anche policitemia megalosplenica o malatt. di Vaquez, ed una poliglobulia con cianosi, aumento della pressione vascolare, ma senza splenomegalia, detta anche malattia di Gaisbock. In questa forma l'ipertensione si accompagna con aumento del ventricolo sinistro, spesso con rumor di galoppo, albuminuria con nefrite atrofica: è ovvio che in questa evenienza i disturbi nervosi sono frequenti, perchè determinati da un duplice fattore: la modificazione della struttura del sangue e l'ipertensione.

Esisterebbe infine una terza forma di poliglobulia, associata a notevole ipertrofia della milza, ad urobilinemia ed a cirrosi epatica.

Questa divisione non può essere presa in senso assoluto, perchè esistono molte forme di passaggio, che non hanno caratteristiche nette.

I disturbi nervosi che si presentano nella poliglobulia sono legati a lesioni organiche dei centri nervosi: ora è l'emiplegia, ora l'afasia, ora la paraplegia o una sintomatologia pseudo-bulbare che mette in evidenza le lesioni. Ma accanto a questi disturbi evidenti, esistono dei disturbi subbiettivi vaghi, d'apparenza banali, e che sono misconosciuti fino al giorno in cui l'esame di sangue mette in evidenza lo stato del sangue.

Tra questi disturbi si notano dolori, sensazioni penose, perturbamenti cenestesici; talora cefalee diffuse e tenaci, o vampate di calore, o scotomi o vomiti.

I dolori, molto frequenti alle membra, hanno un carattere speciale: si manifestano con sensazione di rottura, di torsione, di tensione profonda, associati a sensazione di indolenzimento alle mani ed ai piedi. Le algie talora non si limitano alle membra, ma invadono il torace e l'addome; spesso sono misconosciute, perchè non presentano nulla di caratteristico; vi sono invece dei dolori i quali seguono da vicino i disturbi vasomotori: i dolori alle estremità, localizzati spesso all'alluce, più intensi durante il riposo a letto; diminuiti dalla stazione eretta e dal cammino; questi dolori si avvicinano all'eritromelalgia di Weir-Mitchell.

Questi disturbi dolorosi sono evidentemente legati ai disturbi circolatori dell'eritremia, e forse alcuni fenomeni cenestopatici sono dipendenti da modificazioni circolatorie dei centri nervosi.

È noto che la guarigione delle lesioni successive ad un focolaio cerebrale dipende dalla distruzione definitiva del parenchima cerebrale; nelle eritremie non succede lo stesso, perchè l'insorgenza improvvisa di fenomeni emiplegici, afasici, aprassici, emianopsici, possono concludersi in una guarigione completa; si possono anche ripetere, cambiando di sede. Questi disturbi non sono da mettere in rapporto d'una trombosi, ma dipendono dal rallentamento della velocità del sangue, favorito dall'aumento della viscosità plasmatica, con successiva anossiemia delle diverse regioni dell'encefalo.

I perturbamenti della poliglobulia si possono estendere alla sfera psichica e vegetativa: si possono avere scoppi di eccitazione e depressione, affaticamento psichico e neuro-muscolare; diminuzione della memoria di fissazione, difficoltà d'attenzione, della concentrazione, amnesia lacunare, allucinazioni, confusione amnesica di Korsakow, ecc.

I sintomi di natura vegetativa, dipendenti con probabilità dall'eritremia, sono rappresentati da fenomeni secretori: salivazione esagerata, iperidrosi, sete, bulimia, e disturbi del sonno, consistenti in una continua sonnolenza con senso di peso al capo, fino a giungere talora allo stato di narcolepsia, o sindrome di Gelineau. Talora questo sintomo da solo può svelare una eritremia occulta.

Qualche A. ha voluto riferire alla poliglobulia gli attacchi di mioclonia e di corea che si notano in tale forma morbosa; ma finora mancano gli elementi per stabilire una dipendenza tra le due forme, ed i casi riferiti non giustificano tale opinione. Similmente se si considerano i disturbi organo-vegetativi osservati nella poliglobulia come da questa dipendente, non abbiamo sicuri elementi per affermarne la dipendenza, perchè nulla vieta di pensare che i disturbi organo-vegetativi siano non la conseguenza dell'eritremia, ma dipendenti dalla stessa causa che agisce sugli organi formatori dei globuli rossi, e principalmente del midollo osseo.

CARUSI.

La terapia calcica nell'emicrania.

(V. SCIMONE. *Min. Med.*, n. 21, maggio 1930).

La terapia dell'emicrania è quanto mai varia ed indecisa; questo fatto dipende dalla incerta patogenesi che si invoca per la spiegazione dell'emicrania. Le diverse ipotesi sono numerose, ma non sufficienti, sia che si consideri il fattore vasale, in rapporto alle turbe vasomotorie, sia che s'invochi una disfunzione endocrina, sia infine che si voglia far entrare l'emicrania fra quelle manifestazioni anafilattiche che costituiscono le malattie allergiche. Le note cliniche e sperimentali, con cutireazioni positive, non mancano, per poter sospettare che questo speciale stato anafilattico sia la base fondamentale dell'emicrania; tuttavia se gli elementi in favore di tale ipotesi possono spingere a ricerche indirizzate in tal senso, non ancora abbiamo sufficienti elementi che affermino tale ipotesi.

Partendo da tale concetto, l'A. ha voluto applicare in casi di emicrania la terapia dei

sali di calcio, così come pratica da molti anni nelle forme allergiche. I casi trattati furono circa 60; tutti più o meno presentavano note di malattia allergica. Fu usato il cloruro o il gluconato di calcio, iniettato nelle vene; in tutti i casi le cutireazioni, eseguite con circa 400 antigeni dettero sempre esito negativo.

Fu praticata una serie di 12 iniezioni, sia quotidiane, sia a giorni alterni.

Nella maggioranza dei casi la terapia calcica ebbe benefico effetto; in alcuni casi fu del tutto sorprendente, facendo scomparire emicranie che duravano da anni, e che non si erano giovate di alcun trattamento. Nei casi in cui il miglioramento fu temporaneo, una nuova serie di iniezioni fu sufficiente a far scomparire ogni disturbo. Solo in pochi casi, tale terapia si mostrò inefficace.

Da tale constatazione si potrebbe avvalorare l'ipotesi che l'emicrania sia una forma anafilattica; ma giustamente l'A. considera insufficiente ed infido il risultato d'una terapia per affermare la natura patogenetica di una forma morbosa. Egli crede che il calcio nell' emicrania potrebbe agire diminuendo l'eccitabilità del sistema nervoso vegetativo dovuto a situazione neurormonica anormale con ripercussione sul ricambio del calcio, o ad azione di sostanze tossiche, per es.: istamina, o per altre cause, lasciando impregiudicata la questione sul meccanismo terapeutico del calcio nell'emicrania. È tuttavia consigliabile tale trattamento, per i benèfici effetti che ha dato. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

DOUTHWAITE A. H. *The traitement of Rheumatoid Arthritis.* Un vol. di 80 pag. Edit. Lewis & Co., London, 1929.

L'A. espone sinteticamente quanto oggi si sa sulla etiologia di quella forma di affezione articolare cronica, che dagli anglo-sassoni vien detta reumatoide, e il poco che noi possiamo per il suo trattamento.

E' noto come questa forma morbosa colpisca a preferenza fanciulle e giovani donne e venga caratterizzata da una tumefazione dolorosa che colpisce simmetricamente molte articolazioni e da una sintomatologia generale (polso frequente, pressione bassa, sudori profusi) che parla per uno squilibrio del simpatico.

Momenti infettivi e disturbi endocrini sono, a quanto pare, i fattori causali cui bisogna attribuire la maggiore importanza.

L'esposizione delle nostre scarse risorse terapeutiche, pur mantenuta in linee assai sobrie, è equilibrata, chiara, esauriente.

Non mancano infatti dettagli per le provvidenze di importanza maggiore, quali le applicazioni d'aria calda, i tutori ortopedici, la mobilizzazione forzata incruenta delle articolazioni. E. VENEZIAN.

L. DUVERNAY. *L'arthrite chronique de la hanche.* Un vol. di 148 pag. con 51 fig. Masson & C., ed. Frs. 40.

L'artrite cronica (deformante) dell'anca è affezione frequente, spesso misconosciuta e, come tutti i medici ben sanno, generalmente ribelle ai comuni presidi terapeutici. L'argomento che rispetto alla sua importanza può dirsi in complesso poco noto alla massa, è reso complicato a causa delle recenti acquisizioni sulle malformazioni congenite dell'anca e sulla loro importanza nell'etiopatogenesi dell'affezione in discorso.

La interessante monografia del Duvernay costituisce un'esposizione completa, chiara, sintetica dell'argomento.

Il lavoro illustrato da una ricca serie di radiografie assai dimostrative, è completato da un importante indice bibliografico e da una notevole appendice su alcuni aspetti radiografici del cotile normale e patologico.

E. VENEZIAN.

E. P. BROCKMAN. *Congenital club-foot.* Un vol. di 110 pag. con 92 fig. J. Wright & S., ed. Bristol. 10/6 d.

Completa e interessante monografia sul piede torto congenito, basata sullo studio di 200 casi fatto nel Dipartimento Ortopedico del St. Thomas's Hospital di Londra. Dopo una diffusa trattazione storica, anatomica e clinica, l'A. affronta il problema della terapia e dei suoi risultati: il capitolo, appunto perchè basato sulla larga esperienza di una istituzione di gran fama, acquista un valore particolare e sarà consultato con profitto.

Bella la veste tipografica, numerose le illustrazioni e le referenze bibliografiche.

L'opera è stata premiata con la medaglia d'oro Robert Jones per il 1928 della Società Ortopedica Britannica.

E. VENEZIAN.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 6 giugno 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Dati confermativi sull'efficacia della pireto-solfo-terapia associata con cure specifiche in malattie del sistema nervoso.

Prof. ROASENDA. — Ricordata la comunicazione fatta un anno prima, riassume i risultati ottenuti da allora con lo stesso metodo in sedici p. ricoverati nella Clinica neuropatologica.

Quattordici p. ottennero miglioramenti notevoli, taluno anzi rilevantissimo. In un mielitico l'andatura spastica ritornò quasi normale, scomparvero i disturbi nella minzione ed il senso di fascia addominale.

Un p. affetto da epilessia Bravais-Jacksoniana, i fenomeni sono cessati del tutto. In undici tabici i risultati ottenuti non furono meno notevoli per quanto riguarda i dolori, i disturbi vescicali, l'atassia, il senso di fascia addominale; anche i disturbi visivi ebbero un'evoluzione favorevole.

Non si poterono fare esami sistematici in tutti i p. sul sangue e sul liquido cerebrospinale; nei casi in cui fu possibile il confronto si potè notare, in taluno di essi il ritorno alla norma delle reazioni ed in altri la persistenza della positività.

Tutti i p. trattati sono seguiti con massima attenzione.

Miastenia bulbo-spinale.

Prof. ROASENDA. — L'O. ha rilevato: 1) come si possano avere dei casi di miastenia bulbo-spinale, i quali anche decorrendo in modo acuto possono guarire. Nel p. studiato, l'episodio miastenico, grave e caratteristico, raggiunse l'acme dei suoi disturbi in pochi giorni e ne guarì in meno di quattro mesi. Il p. da venti anni non ebbe più sintomi della malattia.

2) Approssimandosi la guarigione si avvicinarono alla norma prima le reazioni miasteniche dei movimenti volontari e quelle constatabili in seguito a stimoli faradici e galvanici applicati sui tronchi nervosi, mentre persistevano ancora caratteristiche le reazioni miasteniche, quando lo stimolo faradico e rispettivamente galvanico erano portati direttamente sul muscolo, comportamento che l'opposto di quanto si verifica nelle pseudo-miastenie di origine nervosa periferica e costituisce un dato importantissimo per la diagnosi differenziale nei casi dubbi delle due sindromi nervose.

Sull'organizzazione clinica e gli indirizzi attuali della chirurgia negli Stati Uniti d'America.

Prof. A. M. DOGLIOTTI. — Fa una interessantissima relazione vivamente applaudita *sull'organizzazione clinica e gli indirizzi attuali della chirurgia negli Stati Uniti d'America.* La relazione era illustrata da una serie di nitide proiezioni.

Seduta del 20 giugno 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Porfiria familiare con sintomi polineuritici.

Proff. F. MICHELI e G. DOMINICI. — Vengono illustrati due casi di porfiria riscontrati nella madre e nella figlia, eventualità che nella letteratura appare eccezionalissima, decorrenti nella madre da dieci anni e nella figlia da oltre due anni con accessi acuti di porfiria, ma anche con fenomeni cronici di sofferenze addominali.

Nella madre il quadro morboso si è chiuso con una paralisi acuta ascendente del tipo Landry, che in una ventina di giorni trasse l'a. a morte.

Nella figlia si sono avuti dei fenomeni paralitici limitati ai quattro arti ed al facciale sin., che nel loro aspetto hanno assunto un carattere progrediente, ma che poi si sono arrestati. Le orine contenevano coproporfirina in scarsa quantità e invece moltissima uroporfirina, specialmente quelle della madre. Coproporfirina abbondante nelle feci.

Nella figlia immodificati l'azoto, il glucosio, la colesterina del sangue; funzionalità del fegato buona; assenza di fenomeni di aumentata emolisi.

Nei famigliari nessun segno di porfirismo.

Si fa notare che l'anomalia porfirica colle sue conseguenze, per quanto rara dev'essere più frequente di quanto si creda; inoltre si mette in evidenza il decorso cronico dei casi esposti e la possibilità che i fenomeni nefritici possono essere l'unico segno dell'anomalia porfirica (come risulta da un terzo caso osservato).

Neuro-ipofisi ed erezione.

Prof. G. ROASENDA. — Ricordata la fisio-patologia del sistema diencefalo-ipofisario, espone i risultati di sue esperienze in un p. affetto da meningo-mielite luetica a cui iniettò preparati di neuro-ipofisi. Dopo l'iniezione, oltre ad altri fenomeni già conosciuti, l'a. presentò invariabilmente erezione e minzione. L'esperimento si ripetè un considerevole numero di volte. I prodotti opoterapici che diedero costantemente tali risultati furono il pituglandolo e la pituitrina di Parke Davis.

In altri ammalati del sistema nervoso non si ottennero consimili effetti.

L'O. pensa che in questo caso, per particolari condizioni si metta in evidenza l'azione della neuro-ipofisi sulla muscolatura liscia responsabile dell'erezione, analogamente a quanto è già acquisito riguardo all'azione di essa sulla musculatura liscia della vescica, del retto della vescicola biliare, ecc. e particolarmente dell'utero.

Alterazioni anatomiche e funzionalità del fegato nella simpaticectomia dell'arteria epatica.

Dott. C. DE FERMO. — L'O. in ricerche sperimentali ha riscontrato che la simpaticectomia dell'a. epatica determina per un periodo di tempo relativamente breve ipoglicemia, appiattimento della curva di iperglicemia alimentare, aumento dell'indice ittero; per contro, nessuna modificazione apprezzabile ha notato nella leucocitosi digestiva, nell'eliminazione della sostanza colorante, nel contenuto in azoto residuo del sangue.

Istologicamente fatti di stasi sanguigna, cui conseguono alterazioni degli elementi parenchimali caratterizzate da atrofia da compressione e da scarsi fatti degenerativi, alterazioni che sono scomparse dopo circa 50-60 giorni dalla simpaticectomia. Dott. Giovanni Villata.

II Congresso Nazionale di Nipiologia.

(Bolzano, 4-6 giugno 1930).

Questo Congresso, genialmente concepito e diligentemente organizzato, ebbe ottimo successo. L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia fu rappresentata dai proff. Valagussa e D'Ormea. La Direzione Medica della Società delle Nazioni fu rappresentata dal dott. Pantaleoni.

La seduta inaugurale ebbe luogo con grande solennità il 4 giugno nel Palazzo dell'Economia Nazionale di Bolzano coll'intervento di tutte le Autorità politiche, civili e militari della città e di molti congressisti (circa duecento), tra i quali si notarono parecchie illustrazioni scientifiche italiane. Pronunziarono applauditi discorsi S. E. il Prefetto della Provincia, il prof. Cattaneo, presidente della Società Italiana di Pediatria, il prof. Cevolotto in nome della Croce Rossa Italiana, il dott. Briani in nome dell'Ordine dei Medici della Provincia e del Sindacato Medico Fascista, e il prof. Cacace, fondatore della Nipiologia e presidente del Comitato Regionale.

Di poi il prof. Valagussa, sub-commissario dell'O.N.M.I., tenne la conferenza inaugurale: *L'azione dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nell'assistenza del lattante dal Congresso di Nipiologia di Ancona e quello di Bolzano.*

Fu nominato, all'unanimità, il prof. Cacace presidente del Congresso.

Nelle sedute scientifiche si svolsero le seguenti importantissime ed originali relazioni:

1) Prof. Cattaneo (Milano): *Le cure marine, montane e climatiche nell'età del lattante;* 2) Prof. Allaria (Torino): *La protezione del lattante nelle fabbriche;* 3) Prof. D'Ormea (Roma): *L'importanza demografica della Cattedra Ambulante di Puericoltura in rapporto al lattante;* 4) Dott. Lo Monaco-Aprile (Roma): *L'Assicurazione di Maternità in rapporto all'allattamento;* 5) Prof. Fiore (Pisa): *Il problema dell'allattamento;* 6) Prof. Pacchioni (Genova): *Considerazioni sui vomiti dei lattanti;* 7) Prof. Nasso (Messina): *L'immunità del neonato e del lattante;* 8) Dott. Mazzini (Imola): *Il lattante nell'arte in rapporto alla biologia;* 9) Prof. Simonini (Modena): *La biologia del lattante negli scrittori dei primi secoli del Medio Evo;* 10) Prof. Gismondi (Sampierdarena): *L'importanza delle malattie respiratorie come causa di mortalità del lattante ed i mezzi per prevenirle;* 11) Dott. Matteucci (Bolzano): *Le conoscenze attuali della psicologia del lattante;* 12) Prof. Colucci (Napoli): *L'igiene mentale del lattante.*

Le relazioni furono seguite da importanti discussioni e da numerose comunicazioni.

Fu approvato il seguente ordine del giorno: « Il II Congresso Nazionale di Nipiologia, udita la esauriente relazione del prof. Allaria sulla protezione sanitaria del lattante delle fabbriche, considerate la scarsità e le condizioni attuali dei nidi delle fabbriche stesse, ed espresso un plauso a quegli industriali, che, come Habegg, Borsalino, Pirelli, hanno risolto in modo pratico ed umanitario il problema dell'allattamento e del governo materno continuato dai lattanti delle madri operaie; fa voti che le disposizioni di legge relative a questo compito vengano ora applicate effettivamente nelle grandi industrie italiane e che in prosieguo si giunga a concedere alla madre-operaia la dispensa sussidiata dal lavoro di fabbrica per tutti i mesi necessari all'adempimento del suo sacro dovere materno pre- e post-natale. Le provvidenze economiche per raggiungere questi scopi potranno essere realizzate dalla Cassa di Maternità e dagli Enti Assicuratori, coordinati dall'O.N.M.I. ».

Fu approvato il nuovo Statuto della Società Italiana di Nipiologia e fu eletto il nuovo Consiglio direttivo, così costituito: presidente: prof. Cacace; vice-presidenti: on. avv. Giuriati e prof. Finizio; consiglieri: prof. Brusa, dott. Camelli, prof. Della Cioppa, prof. Fuà, prof. Fornara, prof. Gismondi, prof. Graziani, dott. Mazzini, dott. Magni, prof. Raffaelli, prof. Pestalozza, dott. Rapisardi; segretario generale: prof. Vaglio; vice segretari: dott. De Mare e dott. Macchia; economo: dott. Repetti; cassiere: cav. uff. Bianco.

In Merano si tenne la seduta di chiusura, nella quale il presidente prof. Cacace ed il prof. Baglioni, che prese parte attiva alle discussioni, riassunsero i risultati dei lavori del Congresso.

Fu fissata, come sede del prossimo Congresso, la Città di Taormina. A.

DIVAGAZIONI.

Medici e malattie nella poesia di G. G. Belli.

L'opera poetica di Giuseppe Gioacchino Belli, vissuto in Roma dal 1791 al 1863, pur nella sua apparente frammentarietà possiede una sua magnifica unità artistica: in essa rivive, con una vivacità icastica incomparabile, tutta la Roma papale di un secolo fa.

Può tentare l'idea di indagare, fra le molteplici manifestazioni della musa vernacola, quelle che riguardano il mondo medico dell'epoca: le personalità più spiccate, le impressioni dell'artista davanti ai fatti patologici di comune osservazione, la mentalità del popolo in fatto di medici e di malati.

Attraverso i sonetti del Belli sfilano, di proposito o accidentalmente, i colleghi più in vista nell'ambiente sanitario romano di quei tempi: tre sonetti sono addirittura dedicati ad omaggio di medici di eccezionale valore, quali Carlo Maggiorani (*Ar zor Dottor Maggiorani*) che per le sue opinioni liberali fu destituito dalla cattedra universitaria e costretto ad abbandonare Roma, Alessandro Tavani (*Ar zor Lesandro Tavani*) ispettore sanitario delle truppe pontificie, Paolo Baroni (*Ar zor Professor Pavolo Baroni*) chirurgo molto popolare dell'epoca. Caratteristica è la chiusa umoristica del sonetto dedicato al Baroni:

> Sor professore mio, Dio lo distini
> a ttrovà dapertutto mal de reni,
> cianche rotte e mill'antri cancherini.

E nel sonetto *L'operazione da la parte der cortile* (parrebbe una operazione per ascesso perianale) così esplode l'entusiasmo per l'operatore:

Nun ce so ttante ciarle: er zor Baroni,
viva la faccia sua, è un pezzo grosso
d'accenneie, pe 'ddio, li lanternoni.
Quanno ve mette lui le mani addosso
fate puro ammannì li maccaroni
pe 'vvia che ssete ggià a ccavallo ar fosso!

Ma fra i medici colui che godeva la più grande popolarità fra la plebe romana (e se ne comprende la ragione) sembra fosse in quell'epoca Antonio Trasmondi, chirurgo primario dell'Ospedale della Consolazione, dove si ricoveravano (come fino a qualche decennio fa) gli accoltellati e i traumatizzati.

Er zor Stramonni che me visitòne
quelli du' sgraffi derèto a la schina...

racconta nel *Pizzico* il ferito che si recò a farsi medicare la «puncicata» alla Consolazione.

E il cordoglio per la morte del Trasmondi (*La morte de Stramonni*) dimostra, sia pure con qualche battuta un po' lepida, l'ammirazione da cui egli era stato circondato in vita.

È mmorto er gran cerusico Stramonni
e lo spedar de la Consolazzione
nun ze pò cconzolà dda la passione
che jje scià ffatto ggià pperde li sonni.
Oh cquello era davero un omminone
de studi profonnissimi e profonni!
che ssi ar monno v'enivano du monni
guariva a ttutt'e ddua la scolazzione.
Nun ze trovava a Roma antro cerusico
che cconoscessi mejo la maggnera
de crastà un galantomo e ffallo musico.
Tigne, rogne, sassate, cortellate...
Annàvio da Stramonni, e bbona sera:
v'erano in quattro zompi arimediate.

Passano poi attraverso i sonetti del Belli altri medici molto noti, dell'epoca: Tagliabò, altro chirurgo primario dell'ospedale della Consolazione (*Girolimo ar cerusico della Consolazione*), Delarocca (nel *Re de li dolori*), Mucchielli (in *La morte del zor Meo*), ecc.

A proposito dell'epidemia colerica del 1837, che è il soggetto di una sorta di poemetto in 34 sonetti (*Er còllera mòribbus*) vengono ricordati il Torti, deputato a dirigere la lotta contro il flagello, e i medici Cappello e Viale, inviati dal Governo a studiare l'epidemia manifestatasi l'anno precedente ad Ancona. Del Viale si ricorda che ritenne di aver scoperto l'agente patologico del colera in un dittero pressochè microscopico, e ne mandò un ragguaglio (con disegno dell'insetto) al De Matthaeis, allora professore di clinica medica dell'Università di Roma!

Una delle cose più interessanti per il medico, nella poesia del Belli, è la rappresentazione accidentale di quadri clinici: poche pennellate, ma vigorose e di una efficacia descrittiva sorprendente.

Il volto di un eresipelatoso (*La risipila*):

Poveraccio! fa pproprio compassione:
pare ch'ar naso ciabbi avutò un puggno;
l'occhi nun je se vedono, e cor grugno
somijja tutto quanto a un mascherone.

Una angina cangrenosa (*Se ne va*):

Co 'na scanzìa nell'ughela e co ttutte
le tonzibbile frasciche ggiù in gola,
povera Checca! nun pò dì pparola
si je la vòi caccià cor gammautte.

Qualcuno parlando di un idropico (*L'aritròpico*):

Tiè ddu gamme accusì: tanta de panza...

Parole evidentemente accompagnate dai gesti corrispondenti, e di una scultoria efficacia rappresentativa.

Così il verso in cui, parlando delle condizioni in cui si era ridotta in avanzata vecchiaia Letizia Bonaparte (*Madama Lettizzia*), la madre di Napoleone, allora vivente a Roma, viene rappresentata la cifosi senile che ha curvato il corpo come un gomitolo:

E ppe la vita è ddiventata un gnommero.

Un malato di affezione cerebrale con paralisi dei nervi oculomotori (*L'ammalatìa der padrone*):

Sta mmale accusì bbene, poverello,
che mmò ha ffatto inz'nente l'occhi storti;
e er medico, che Cristo se lo porti,
dice che ttutto er male è in ner cervello.

Descrizione di un probabile reumatismo deformante generalizzato (*La vecchiarella ammalata*):

'Gnisempre peggio, pòra vecchia nostra:
ppiù vva avanti, ppiù vva, ppiù sse sconocchia.
Già er barbozzo je tocca le ginocchia
bbè cch'abbi men'età de quer che mmostra.
Ma cala a vvista, e 'gni momento scrocchia...
Dì, st'anno santo, quanno l'hai viduta,
nun poteva fà invidia a le sorelle,
dritta come 'na spada e ciaccaruta?
E in zett'anni ggià vva co le stampelle!

Una probabile cancrena ischemica del piede (*La fija ammalata*):

Mò er piede che cciaveva er rumatisimo
je se fa scuro come la fuliggine
e nun ce sente manco er zenapisimo.

Le condizioni di un malarico cronico (*La frebbe*):

Succede istessamente a mmi' marito,
si nun è una, è ll'antra sittimana,
turutùf, j'arïoca la terzana
che ssi lo vedi, è proprio arifinito.
Li ggiorni che nun v'è sta frebbe cana,
sta mmoscio e arresta llì tutto annissito;
e mme ggira pe' casa cor marito [*caldano*]
freddo ppiù dde la pietra de funtana.

Un quadretto di semeiotica è nella descrizione che la paziente fa al medico dei suoi disturbi, dovuti verosimilmente a una dispepsia nervosa (*L'inappetenza de Nina*):

Eh sor dottore mio, che vvorà dì
che mm'è sparita quell'anzianità
che na vorta sentivo in ner magnà
anzi nun posso più addiliggerì?
Me s'è mmessa 'na boccia proprio cqui:
'gni sempre ho vojja d'arivommità....

Ecco il racconto di un parto distocico con presentazione di faccia (*Er parto de la moje de mastro Filisce*):

Bbasta, a fforza d'erliquie e dd'aggnusde;
sopra la panza, arfine stammatina
verzo diesciora ha ppartorito Nina
e ha ffatto un maschio ppiù grosso de lei...
Se discore che cquella craturaccia
doppo nov'ora de prèmiti e ddojje,
s'è appresentata ar buscio co' la faccia...

Un accoltellato (lo stesso che abbiamo visto essersi recato alla Consolazione per farsi curare dal Dottor Trasmondi) così parla delle sue ferite al dorso con lesione polmonare, o almeno pleurica, e pneumotorace, di cui una richiese un abbondante tamponamento (*Er pizzico*):

Po' abboccasotto stèsome in zur letto
cominciò un bùscio a frigge; e attura e attura...
Ah, sfiatava, peddio, come un zoffietto!

Vedi la descrizione di un tubercolotico in stadio avanzato in *Er tisico*, l'accenno a un grave ittero probabilmente da occlusione calcolosa del coledoco in *La prudenza der prete*...

Un paziente così descrive le atroci sofferenze del dolore di denti (*Er re de li dolori*):

Ma cche ppolagra e ppanarisce: senti,
tu ne pôi mentovà ssino a ddomani
ma uno spasimo simile a li denti
Cristoggesummaria, manco a li cani!
Pe mme sso cch'io, da diesci ggiorni a vventi
ciò in bocca scento inferni sani sani,
e acqua de la Scala, e mmarva, e inguenti,
e sséntisce chierurghi, e cciarlatani!
Gnente: ppiù cce ne faccio e ppiù mme dole...

Vale la pena di riportare per intero un altro sonetto, *La medicatura*, in cui è rappresentato, con viva efficacia, il tormento della medicazione di una ferita operatoria:

Va adascio, fa ppianino, Raffaelle,
C...., peddìo, tu mm'ariopri er tajo!
Che spasimo d'inferno! Fermete... ajjo!
Cristo' me fai vedè ttutte le stelle.
Eh mme sbajjo la bbuggera, mme sbajjo.
Sbajji tu, che mme scortichi la pelle.
Oh vvedi un pò ssi sso' mmaniere quelle
de medicà un cristiano a lo sbarajjo!
So cch'a lo stacco de la pezza sola
ciò intese tutte l'agonie de morte
e strozzammese er fiato in de la gola.
Ièso, sce sudo freddo. Artro, Madonna,
che cchiodi e spine! Mamma mia che ssorte
de patì! cche ttremà! pparo una fronna!

Uno degli aspetti più caratteristici, dal punto di vista medico, della poesia del Belli, è il frequente accenno ai pregiudizi popolari sui mali e sulle cure.
Chi ha sofferto di eresipela si guarderà di nominare la malattia, se vuole evitare una recidiva mortale. Interrogata sulla sua salute, risponde una donna (*La resìpola*) di esser stata a letto cor una bbona porcheria mortale.

— Porcheria?! e sarebbe? Animo: lesta.
— Eh... ssarebbe che... inzomma è quel gonfiore
che ppijja pe' la faccia e ppe' la testa.
— Dunque dite: ris'pola. — Uh Ssignore!
Zitta pe' ccarità, cchè ssinnò cquesta
aritorna da capo e cce se more.

Bisogna guardarsi dall'addormentarsi dopo il salasso (*La cacciata de sangue*):

E appress'a la sanguigna, Giammattista,
fai la cojjoneria d'appennicatte?!
Bbada, che mmò a ddormì ssoffre la vista
e te pônno cascà le cateratte.

Una collezione di precetti bislacchi è nei quattro sonetti: *Li rimedi simpatichi*:

E ppe qquattro moroide, Caterina,
ce sudi da la pena ggoccia a ggoccia?
ècchete cqua 'na castagna porcina:
tu pportela co' tte sempre in zaccoccia...

... a la pupa, poverella,
su la muscola proprio der nasino
je s'è scuperta una vojjà de vino [*un angioma*]
che ppare uscito mò dda la cupella.
Ma ggià ho ddetto che ppijji una padella
ch'abbi fritto un bon anno sur cammino,
e cce la facci strufinà un tantino
ogni sera pe mman d'una zitella.

Per la congiuntivite:

Tu appiccechete un pezzo d'ostia rossa
sopra la tempia, e cquesto nun pòi crede
come tira l'umore ch'è in dell'ossa.

Segue il rimedio per l'orzaiuolo:

Abbasta de pijjà ll'aco infilato
e ffigne de cuscì, tte s'ariduce
l'orzarolo che ssubbito è ppassato.

Consigli a una donna per ottenere la guarigione del marito tubercoloso (*La mediscina sicura*):

... er giorno ch'er zole entra ner canchero:
Se va allora tre ssere a ppiedi scarzi
su e ggiù pe' Roma discenno er rosario,
e doppo s'arza lui quanno tu tt'arzi.

Altro consiglio terapeutico (*La cura sicura*):

Io ve dico ch'a tutti l'ammalati
de dojje esterne e ddolori aromatichi
je se da ll'ojo d'arcadi volatichi [*alcali volatile*]
in certi bottoncini smerijjati.

E per la blenorragia (*La scolazione*):

Hai la pulenta?...
Senti, va a nnome mio da lo spezziale
de faccia al canton de Torzanguigna,
e ffatte dà un pò d'acqua de grespigna
stillata cor un pizzico de sale.

Ma di tutti il consiglio meno stolto è (per il caso in specie) quello che qualcuno dà a *L'ammalato immaginario*:

Su: a ffiumaccio spezziali e spezziaria
L'omo campa quaggiù de quer che magna,
E 'r curasse è la peggio ammalatìa.

Ecco i precetti di una vecchia fattucchiera che ha un'alta idea delle sue risorse terapeutiche (*La medichessa*):

Eh, ppe ppostème e ppanarisce rotte,
è inutile, fijjola, io so' mmaestra;
e mme sce ggiucherebbe la minestra
co li spezziali e ll'antre ggente dotte.
Pijja un bajocco d'ellera terrestra
e un pizzico de tartero de bbotte,
bbùlleli, e ffalli stà ttutta sta notte
ar zereno de fòr de la finestra.
Dimani all'arba poi, doppo vistita,
cola quell'acqua, sciacquete a ddiggiuno,
fallo tre o cquattro vorte, e ssei guarita.

Spesso ricorre l'opinione dell'efficacia infallibile del vino e dei liquori contro i più svariati mali. Così p. es. per il colera (*Er còllera mòribbus*), e in questo caso il consiglio è avvalorato da un preludio di erudizione patologica:

Volenno arraggionà, st'ammalatia,
ciovè sta *còlla-morbida*, a un dipresso
pe' cquer che ssento dì, pare che ssia
un'usscita che vvadi pe' successo.
Bbè, la diarella, ossia la cacarella,
tutti sanno che vviè da debbolezza
d'intestibbile oppuro de bbudella.
Quanno sta verità ss'è ben capita,
o er male nun se pijja, o ss'arìppezza
co 'na bbona fujjetta d'acquavita.

L'*ammalorcicato* (il malaticcio) ha il grave torto d'essere « bestèmmio » (astemio) dal vino:

Avess'io la patacca de dottore
lo metterebbe ar zugo de la bbotte
pe ffallo aringrassà come un ziggnore.
Vorrebbe imbriacallo ggiorno e notte...

Certe tendenze pantagrueliche possono anche fruttare una patente di asinità al medico curante (*Er dottore somaro*) poichè il convalescente ebbe a pentirsi dell'avere così seguito il consiglio di tornare a una dieta meno rigorosa:

Me maggnai dunque sano un pagnottone
casareccio, un zalame, una gallina,
'na casciotta, un cocommero e un melone.

Del resto l'epiteto viene distribuito con molta facilità e larghezza ai medici dai popolani vociferanti nei sonetti del Belli; nè pare che essi abbiano una opinione molto lusinghiera degli ospedali (*L'ammalaticcio*):

... E a lo spedale
ce sete stato? — A mme?! dimme cojone!
Nun zai ch'a lo spedale sce se more?

La pratica della vaccinazione antivaiuolosa viene da essi osteggiata (*Er l'innesto*), per cui accolgono con molto entusiasmo l'abolizione che il papa Leone XII fece dell'obbligo di vaccinazione con la motivazione che si introduceva con essa nel sangue umano una parte della natura dei bruti:

Vedi che bell'idee da framasoni
d'attaccaje pe fforza li vaglioli
pe ffajje arisvejjà ll'infantijjoli
e stroppiacceli poi come scroppioni!
Guarda mo, cc....! pe ssarvajje er viso
da du' tarme, se leva a una cratura
la sorte d'arrubbasse er paradiso.

L'omeopatia era evidentemente anche in quell'epoca in favore presso certuni, poichè un sostenitore di essa così obbietta a un medico (*La mediscina piommatica*):

— E volete provibbì a la gente
de fasse cuscinà da chi jje pare?
chi se n'a da pentì, ppoi sse ne pente. —
Disse: — Sarà accusì. mma pperchè ppoi
tante bbaggianerie, tante cagnare
per impedicce d'ammazzalli noi?

Come si vede, il ritornello del medico che uccide invece di guarire era moneta spicciola corrente anche allora. Così non sfuggivano anche allora agli strali del popolo mordace certe suscettibilità frequenti fra i medici; vedi *Er decoro de la mediscina*:

Fu addrittura una frebbe infiammatoria
e 'r medico me dava er zorforato [*solfato*]
e ssi nun era Iddio che mm'ha ajjutato,
io ggià sarebbe er zor *bona-memoria*.
Come dico, ero ggià bbell'e astremato,
quanno un zupprente, vedenno st'istoria
me fa ssette sanguigne, e ottiè la groria
d'avemme, se po ddì, arisuscitato.
Ma cchè! er medico stenne un memoriale
contr'er zupprente, pe' la su' inzolenza
de fa ssette sanguigne a cchi sta mmale.
Ebbè, er zupprente fu cacciato, senza
potè ssapè si è llegge de spedale
che ss'abbi d'ammazzà ppe' cconvegnenza.

Nè un trattamento più lusinghiero viene fatto al chirurgo che eseguì a domicilio una operazione, parrebbe di fistola perianale (*La bbotta der zor Pippo*). Parla il domestico del paziente, che ha assistito all'intervento:

Te ggiuro, Anna Maria: quanno er padrone
se vortò a bboccasotto su quer letto
e cquel cirusicaccio maledetto
se messe a pprincipià l'operazione,
me fesce un'impressione, un'impressione,
che mme sentii com'una botta ar petto:
me s'appannò la vista, e ffui costretto
d'arreggeme tremanno a un credenzone.
Nun bisoggnava ess'ommini, ma sassi,
pe vvedè sfraggellajje, poverello,
tutt'er confin de li paesi bbassi.
Quer mascellaro sce ficcò er cortello
che ppareva, per Cristo, che ttajjassi
'na fetta de cularcio o de scannello!

« Somaro-macellaro »: questo si direbbe sia, per la plebe romana dell'epoca (e salvo le poche eccezioni, che abbiamo già visto) il sinonimo del binomio « medico-chirurgo ». GINO PIERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Influenza delle vitamine e delle avitaminosi sulla cicatrizzazione delle ferite studiate col metodo grafico.

Le influenze di molti agenti fisici e chimici sul processo di cicatrizzazione delle ferite, sono state oggetto di studio di parecchi osservatori, mentre poco numerosi sono gli AA. che hanno esaminato il comportamento delle rigenerazioni nelle avitaminosi oppure con trattamento vitaminico.

Scopo del Saitta (*Scritti Biologici*, vol. V, 1929-30) è stato appunto di ripetere ed estendere le ricerche sull'influenza delle vitamine e delle avitaminosi sulla cicatrizzazione delle ferite, variando opportunatamente le modalità degli esperimenti. Anzichè poi esprimere i risultati delle ricerche con fasi approssimate, l'A. li ha misurati e tradotti in grafiche.

Il processo di cicatrizzazione di ferite cutanee in cavie alimentate con dieta scorbutigena di Lopez Lomba e Randoin, si compie normalmente nella prima quindicina dell'alimentazione avitaminosica; in seguito quando le lesioni scorbutiche si vanno facendo via via più manifeste, il processo di riparazione cicatriziale diviene meno attivo fino ad arrestarsi del tutto. Una medicatura diretta delle ferite spennellate con estratto vitaminico facilita il processo di cicatrizzazione. Anche nella avitaminosi B, i poteri di cicatrizzazione di ferite della cute e del tessuto muscolare striato sono ugualmente diminuiti, ma basta la somministrazione contemporanea per es. di estratto di germogli di orzo, frumento e segale per annullare gli effetti dannosi della avitaminosi B.

Quanto detto per la vitamina B e C può ripetersi per la vitamina A. Dall'insieme pertanto di queste ricerche si vede che alle varie azioni note delle vitamine sulla crescenza, sulla fissazione del calcio, sulle secrezioni interne, sul tono e la mobilità gastro-intestinali, sui processi immunitari ecc., è da aggiungere questa azione favorente i processi di riparazione cicatriziali.

L'A. ha infine voluto vedere il comportamento dei processi di cicatrizzazione delle ferite sotto l'azione dell'ergosterina irradiata (vitamina D) con la dose di 10 gocce al giorno per es. di una soluzione oleosa di ergosterina irradiata all'1 %, l'A. ha osservato un ritardo di cicatrizzazione fino al 44° giorno, mentre la cicatrizzazione avviene in 14 giorni, riducendo la dose a 8 gocce *per os pro die* o spennellando la ferita con la stessa quantità di soluzione oleosa.

A. P.

SEMEIOTICA.

Insidie nella diagnosi urologica.

M. Handfield-Jones (*Lancet*, 30 nov. 1929) fa rilevare alcuni errori che talvolta si hanno nella diagnosi urologica.

Pielite acuta. — È importante la sede del *dolore.* Ha sempre origine nella parte laterale dell'addome e viene spesso descritto nella fossa iliaca, ma mai nella parte centrale dell'addome. Può essere anche riferito all'inguine, grandi labbra, scroto e coscia. È continuo e non a tipo di colica. Spesso si ha vomito; temperatura elevata, sui 40°; un buon segno diagnostico è il brivido, costante nella pielite acuta. La frequenza ed il dolore alla minzione (irritazione della vescica) si hanno dopo qualche giorno. Costante è la piuria.

Nella diagnosi differenziale è da tenersi presente soprattutto l'appendicite. In questa: 1) il dolore ha origine nella parete centrale dell'addome, attorno all'ombelico e si diffonde alla fossa iliaca; 2) l'elevazione della temperatura non raggiunge quella della pielite; 3) nell'appendicite non complicata non si hanno brividi, che sono invece costanti nella pielite acuta; 4) l'esame dell'urina è essenziale per la diagnosi.

Il tipo fulminante della pielite acuta può dare occasione a scambi con ulcera perforata o pancreatite.

Idronefrosi. — È della massima importanza la diagnosi precoce di idronefrosi, allo scopo di impedire che il tessuto renale venga a distruggersi; si tenga presente che i sintomi classici descritti per l'idronefrosi appartengono allo stadio avanzato di questa. Sul principio, l'unico sintoma può essere il dolore che, nei casi acuti, si accompagna a vomito, senza febbre nè brividi, nè modificazioni urinarie. Nel tipo cronico, si hanno attacchi ricorrenti di dolore, che diventano sempre più lievi ed un dolore sordo ai lombi con assenza di ogni altro sintomo. Gli errori diagnostici sono numerosi; il più comune consiste nello scambio con l'appendicite cronica; in ogni caso di questa, si ricorra a tutti gli esami possibili, specialmente alla pielografia.

Ematuria senza sintomi. — Spesso questa rivela la presenza di tumore renale; patognomonico per questo sarebbe, secondo l'A., l'eliminazione di un coagulo sanguigno, vermiforme, un vero cilindro ureterico. *fil.*

CASISTICA.

Corpi estranei nell'utero.

Una pluripara trentottenne, al 40° giorno di amenorrea, ricorre, a scopo abortivo, alla introduzione endouterina di una forcella metallica per capelli, che rimane in sito per circa

trenta ore, senza provocare nè travaglio abortivo nè febbre. Rimossa, dopo tale lasso di tempo, con una comune pinza da aborto, la gravidanza procede oltre, tanto che la p. partorisce spontaneamente al settimo mese e mezzo due bambini che muoiono dopo un mese per deficienza di sviluppo. Pare che la p. fosse ricorsa anche nove anni prima a tale procedimento per altra gravidanza, con esito però positivo.

La Monica (*La Clinica Ostetrica*, 1929) attribuisce la mancata insorgenza del travaglio abortivo, la seconda volta, al fatto che il corpo estraneo non riuscì a sorpassare l'orificio interno e quindi a provocare un parziale scollamento dell'uovo per l'ipertrofia longitudinale del collo che, probabilmente, non esisteva la volta precedente; e la mancata infezione ad una maggiore esaltazione del potere battericida dei secreti vaginali durante la gravidanza.

A. CARELLA.

Le emorragie del post-partum.

Balard (*Revue franç. de Gynécologie et d'Obstetrice*, n. 5, 1930) ricorda come le emorragie che seguono al parto siano frequenti e possano essere mortali: talora esse sono in rapporto ad una ritenzione di cotiledoni, talora no: sebbene la diagnosi non sia facile, pure la comparsa tardiva delle emorragie, la presenza di lochi fetidi, i dolori spontanei e localizzati debbono far pensare alla ritenzione.

Anche la prognosi è assai incerta: e, in quanto alla diagnosi, essa deve adattarsi alle circostanze; senza intervenire subito come alcuni consigliano.

L'A. consiglia perciò di astenersi, in principio, dal raschiamento e dal tamponamento; l'ablazione del corpo del delitto deve essere fatta con il dito.

L'isterectomia sarà praticata quando le emorragie siano abbondanti, o minacciano complicazioni infettive.

V. SERRA.

La gravidanza ed il parto nelle cardiache.

B. Tunis (*Med. Klinik*, 27 dicembre 1929) osserva che siccome la gravidanza ed il parto non sono senza conseguenza sulle cardiache, così in qualche caso si dovrà considerare l'interruzione precoce della gravidanza.

Quando la gravidanza è avanzata e non vi siano delle indicazioni vitali, attendere che il bambino possa essere vitale e, quindi, predisporre per un parto fatto nelle migliori conzioni.

Particolarmente pericolosa è la stenosi mitrale.

Le cardiache, durante il parto od il puerperio, raramente muoiono per insufficienza cardiaca, ma piuttosto per endocardite.

Qualsiasi intervento endouterino è adatto per favorire lo sviluppo dell'endocardite.

Un adatto trattamento continuato a lungo prima del parto ed il parto cesareo sotto anestesia locale costituiscono, secondo l'A., la terapia raccomandabile in quei casi in cui si può temere che lo strapazzo del parto non possa essere sopportato.

fil.

Sull'appendicite acuta in gravidanza.

Di fronte alle statistiche di Tédenat e di Schmidt che dànno una mortalità del 55 % per la madre e fino al 100 % del feto si hanno le statistiche alquanto più confortanti di Jerlov, di Hoffmann, di Szenes, di Conrad e di altri.

Hromada (*Zent. f. Chir.*, n. 16, 1929) riporta 4 casi operati nel periodo acuto dell'appendicite con contemporanea gravidanza e tranne che in un caso nel quale si ebbe l'aborto dovuto alle manovre per l'ablasione d'una cisti ovarica destra che era addossata all'appendice, negli altri ebbe la guarigione per prima della madre e lo svolgimento normale della gravidanza. Si deve seguire in questi casi il concetto di fare il minimo delle manovre operative in modo da non disturbare l'utero gravido.

R. BRANCATI.

Effetti della simpatectomia dell'a. ipogastrica sugli organi genitali interni femminili.

Chianello C. (*Archivio Italiano di Chirurgia*, fasc. 4) in una serie di esperimenti su cagne ha praticato la simpatectomia dell'a. ipogastrica e sacrificando gli animali ad intervalli varii di tempo ha proceduto sistematicamente allo studio istologico dei corni dell'utero e delle ovaie sia dal lato sano che da quello operato.

Avendo l'A. osservato una chiara influenza benefica sullo sviluppo sopratutto della parte nobile dell'ovaio prodotta dalla simpatectomia peripogastrica arteriosa, l'A. si sente autorizzato a qualche induzione terapeutica sembrandogli verosimile che la simpatectomia arteriosa peripogastrica possa giovare nei casi di ritardo o di arresto di sviluppo dei genitali interni femminili ed in quelli di senescenza precoce oltre che nelle algie che accompagnano le svariate affezioni degli organi pelvici.

BUCCI.

TERAPIA.

Accidenti renali della trasfusione.

Per quanto la trasfusione del sangue venga sempre più brillantemente impiegata e nella medicina e nella chirurgia, si hanno tuttavia a lamentare di quando in quando dei gravi incidenti ad essa consecutivi, che hanno scosso un poco la sua riputazione. Tali accidenti vanno distinti in meccanici, da choc umorale e renali.

E' di questi ultimi che si occupa F. De Harven in un esauriente recente lavoro (*Le Scalpel*, 7 maggio 1930). La loro patogenesi è stata fino ad oggi molto oscura e còmpito dei ricercatori è stato quello di scoprire se ci sia una causa ancora ignota capace di provocare la

morte per blocco del rene oppure se si tratti di incompatibilità globulare non riconosciuta.

I sintomi che si manifestano in tali casi consistono in oliguria prima, anuria completa poi e conseguenti disturbi uremici.

L'esame anatomo-patologico dei reni rivela i segni di una degenerazione parenchimatosa grave, associata ad un accumulo di pigmenti ematici e frammenti globulari.

Causa della morte è l'uremia e il dosaggio dell'urea nel sangue mostra delle cifre sempre più elevate.

L'esito fatale non è sempre rapido: talora si ha dopo due o tre settimane. Ma in certi casi il funzionamento del rene si ristabilisce spontaneamente o in seguito allo scapsulamento del rene stesso.

L'A. si in indugia a discutere i vari fattori patogenetici di questi accidenti renali e giunge alle conclusioni:

1) che la morte per uremia consecutiva alla trasfusione è probabilmente sotto la dipendenza di una emolisi dei globuli iniettati;

2) che il blocco del rene deriverebbe da una precipitazione dell'emoglobina che ingombra i tubuli, le cellule e i capillari;

3) che l'emolisi si accompagna ad una agglutinazione che è passata inosservata a causa della sua lentezza.

Da tali teorie patogenetiche si deduce che la profilassi dell'accidente renale è dominata dallo studio dell'agglutinazione e dell'emolisi. Grazie soltanto ad una migliore conoscenza di queste reazioni biologiche si potrà sperare di ovviare ai gravi disordini renali.

Le tecniche attuali basate sulla classificazione degli individui basata sui 4 gruppi sanguigni, si sono dimostrate al lume di recenti indagini difettose, perchè ad esse sono legate forti cause di errore.

Per conseguenza è sconsigliabile la determinazione del gruppo: si farà invece la prova diretta dei sangui, che consiste nel mettere a contatto il plasma del malato con i globuli rossi del donatore.

Sarà inoltre molto prudente praticare sempre le prove crociate in modo da potere scartare un donatore che agglutini fortemente i globuli del ricevente.

Comunemente in tali prove si adopera come anticoagulante il citrato di soda in soluzione; ma per la sua azione antiagglutinante e dispersiva può dar luogo ad errore. Lo si sostituirà coll'ossalato di soda in polvere.

Al pari delle conoscenze patogenetiche anche la terapia degli accidenti renali da trasfusione è cieca ed empirica. Condizione di grande importanza è che il trattamento sia precoce e molto rapido.

Ad impedire le condizioni umorali favorevoli dalla precipitazione dell'emoglobina, si somministreranno alcalini a forti dosi (iniezioni di siero carbonato, bevande con bicarbonato o borato di sodio).

Si cercherà per mezzo di bevande diuretiche di mantenere fin da principio una corrente liquida continua nel rene.

Si tenterà anche l'azione diuretica del novasurol.

Se con questi mezzi che tendono a provocare l'eliminazione dell'emoglobina allo stato di soluzione nelle urine, non si ottengono rapidamente buoni risultati, bisognerà decidere senza attendere ulteriormente la convenienza di un intervento chirurgico.

Per quanto la scapsulazione dei reni abbia oggi una mediocre riputazione, bisogna p. riconoscere che di quando in quando si segnalano delle guarigioni in seguito ad essa e che tali successi si hanno piuttosto negli accidenti da trasfusione che non nelle altre forme di nefrite.

VICENTINI.

La trasfusione di sangue e di siero di sangue nelle infezioni gravi.

W. Baumann (*Monatss. f. Kinderhelikunde*, genn. 1930) ha usato tale terapia in diverse affezioni infantili.

Distrofie della prima età. — Trasfusioni di sangue, generalmente nei seni venosi. Risultati nettamente sfavorevoli.

Infantilismo intestinale. — Con complicazioni che implicavano una prognosi grave. Trasfusioni di sangue; risultati soddisfacenti in due casi.

Infezioni polmonari gravi, con empiema od altre suppurazioni. Iniezioni di siero umano, alla dose giornaliera di 10 cmc. Influenza favorevole; su 15 individui così trattati, si ebbero soltanto due morti. In pratica è più semplice usare il sangue anzichè il siero; basta prelevare, ogni giorno, 20 cmc. di sangue dalla vena di uno dei genitori ed iniettarlo immediatamente nei glutei del bambino.

Di 4 bambini affetti da artrite purulenta, così trattati, due morirono; due bambini affetti da *endocardite grave* guarirono. Su 6 bambini con *scarlattina maligna*, 2 furono guariti con le iniezioni di sangue e 3 morirono, uno per emorragia postoperatoria in seguito ad amigdalite gangrenosa.

L'A. conclude che la sieroterapia umana rende dei servigi preziosi nelle infezioni gravi.

fil.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica sugli alimenti.

Conserve alimentari, sciroppi, marmellate, ecc.

La produzione ed il commercio delle conserve alimentari hanno avuto negli ultimi anni un considerevole incremento, così che l'industria della loro preparazione rappresenta ora una notevole somma di interessi economici. E' naturale, pertanto, che anche le norme per la vigilanza igienica su queste sostanze alimentari si siano arricchite di nuove e più complesse disposizioni, in aggiunta di quelle del Regolamento 3 agosto 1890. Questo proibisce la vendita di *conserve alimentari*:

a) preparate con sostanze animali o vegetali avariate;

b) che abbiano subìto successivamente un processo di alterazione;

c) addizionate con sostanze di valore alimentare o commerciale minore di quello di cui la conserva porta il nome, quando la miscela non sia chiaramente indicata;

d) addizionate di acidi minerali liberi, di glucosio impuro, di glicerina, di saccarina, di essenze nocive o di altre sostanze pure nocive.

Le conserve preparate con prodotti naturalmente colorati non devono contenere materie coloranti estranee; è ammesso, nelle conserve, l'uso dei sali di rame nella proporzione di un decigrammo per chilogrammo in peso.

E' vietata la vendita di *sciroppi, canditi, marmellate, polpe* e *succhi vegetali*:

a) alterati;

b) colorati con sostanze diverse da quella naturale del frutto col quale son preparati;

c) contenenti composti di metalli tossici, saccarina, glicerina, acido ossalico, od agenti di conservazione, quali acido borico, salicilico, ecc.;

d) falsificati per sostituzione del frutto, come della sostanza gelatinosa, della materia colorante, o dell'essenza del frutto stesso, o del succo vegetale sotto la cui denominazione si vende il prodotto.

La legge ed il regolamento per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di sostanze di uso agrario e di prodotti agrari (R. decreti: 15 ottobre 1925; 12 agosto 1927; 1° luglio 1926) contengono anche disposizioni per le conserve, sciroppi, ecc. di origine vegetale, dei quali dànno pure la esatta definizione. Infatti il nome di « sciroppo di frutta » è riservato al prodotto della concentrazione dei succhi di frutta con o senza aggiunta di saccarosio; i nomi di « conserva di frutta », di « marmellata », « gelatina » sono riservati ai prodotti ottenuti per concentrazione delle polpe e dei succhi di frutta, con o senza aggiunta di saccarosio, sino a consistenza pastosa, o fino a che il prodotto si rapprenda, o solidifichi per raffreddamento. E' vietato vendere come sciroppi, conserve, marmellate o gelatine di un dato frutto prodotti di frutti diversi da quelli indicati. E' confermato il divieto di vendere prodotti colorati con sostanze coloranti diverse da quelle del frutto col quale son preparati; tuttavia per i prodotti di fragole, ciliege, amarene e prugne è consentito di ripristinare il colore, perduto o alterato durante la lavorazione, mediante l'aggiunta di sostanze coloranti innocue, mettendoli in commercio coll'indicazione: « colorati artificialmente con colori consentiti dalle disposizioni sanitarie ». Sono pure vietati gli sciroppi, conserve, ecc. che contengano organismi animali o vegetali o presentino colore, sapore od odore sensibilmente disgustosi od anormale; che derivino da frutti immaturi o alterati; a cui siano state aggiunte sostanze edulcoranti sintetiche, o sostanze estranee alla composizione del frutto, quali agenti antisettici, farina od altri amidacei, ecc. E' permessa la addizione di acido solforoso, in quantità non superiore a mg. 200 di anidride solforosa totale per chilogrammo, agli sciroppi di uva e simili preparati senza aggiunta di saccarosio. Nella preparazione di gelatina di frutta è permesso l'uso di agar, pectina, colla di pesce e gelatina, rispondenti, queste due ultime, alle prescrizioni della Farmacopea Ufficiale, purchè in quantità non superiore al sei per cento del prodotto. Sono permessi gli sciroppi non ottenuti dalla concentrazione di succhi di frutta, a condizione che non contengano sostanze o colori nocivi o siano messi in commercio coll'indicazione di « sciroppi artificiali ». Nella preparazione della conserva di pomodoro è vietato l'uso di colori estranei, anche non nocivi, e di cloruro di sodio in quantità superiore al 5 %. E' pure vietata la riutilizzazione di conserva già fabbricata che presenti aspetto, colore, odore e sapore anormali; che contenga nella massa organismi animali o sia invasa da organismi vegetali; che abbia un'acidità superiore al 12 % (ac. citrico); che contenga zucchero in quantità inferiore al 35 %.

Oltre alle disposizioni ora ricordate, meritano un accenno, per la loro importanza igienica, anche quelle del R. decreto legge 8 febbraio 1923, n. 501 (convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473) e del relativo regolamento 14 ottobre 1926, n. 1927, che più propriamente si riferiscono all'industria ed al commercio delle conserve alimentari preparate con sostanze vegetali. Il decreto stabilisce l'obbligo della denuncia al Prefetto da parte di chi intende fabbricare conserve alimentari di sostanze vegetali; è vietato fabbricare tali conserve:

a) in locali in cui non siano osservate e mantenute le necessarie condizioni igieniche e sanitarie;

b) con sostanze vegetali non genuine, guaste, infette, colpite da malattia che ne alteri

la composizione, o comunque non adatte all'alimentazione;

c) con un processo di lavorazione che non garantisca la igienica preparazione e la buona conservazione del prodotto;

d) con aggiunta di antifermentativi, edulcoranti artificiali, acidi, colori nocivi (e qualsiasi colore anche innòcuo per la conserva di pomodoro) o qualunque altra sostanza nociva.

Ogni fabbricante di conserve alimentari è tenuto a far analizzare annualmente la sua produzione da un laboratorio autorizzato dallo Stato. Le conserve alimentari messe in commercio devono portare le seguenti indicazioni:

a) natura della conserva;

b) composizione quantitativa degli elementi essenziali che la costituiscono;

c) peso netto;

d) denominazione e sede della ditta fabbricante;

e) dichiarazione di esser confezionata in conformità delle norme vigenti.

Le conserve preparate con sostanze vegetali di qualità inferiore, o riutilizzando conserve già fabbricate, devono esser vendute coll'indicazione di « seconda qualità ».

La concessione della licenza di fabbricazione è subordinata agli accertamenti di una commissione composta dal medico provinciale, da un delegato dell'Istituto nazionale per le conserve alimentari, di cui diremo in seguito, e dall'ufficiale sanitario del Comune in cui si trova la fabbrica. I locali debbono essere tenuti puliti e corrispondere alle esigenze della igienica lavorazione e conservazione dei prodotti; la loro superficie e cubatura non deve essere inferiore ad un determinato limite, e deve esservi buona ventilazione ed illuminazione naturale ed artificiale, se occorre. I prodotti agricoli destinati alla preparazione delle conserve non possono ammassarsi alla rinfusa, ma debbono essere collocati sopra piani impermeabili, facilmente lavabili e ben puliti. Prima della lavorazione il pomodoro e gli altri prodotti agricoli debbono esser lavati con acqua corrente e con mezzi adatti a liberarli dalle impurità.

I locali contenenti le macchine per la lavorazione delle conserve devono esser separati da quelli degli altri macchinari e forniti di pavimento e pareti (fino a m. 1,50) impermeabili e lavabili. I recipienti contenenti i prodotti della lavorazione (vasche, ecc.) debbono essere fatti di materiale impermeabile e inattaccabile e tenuti coperti; l'acqua usata abbondante e riconosciuta potabile. Non mancheranno spogliatoi e latrine igieniche, distinti per i due sessi, e gli operai indosseranno speciali abiti da lavoro.

La fabbricazione di conserve alimentari, oltre che alla vigilanza igienica dell'Autorità sanitaria, è sottoposta anche a quella dell'Istituto Nazionale per le conserve alimentari, con sede in Roma (creato col citato decreto-legge 8 febbraio 1923 e modificato col R. decreto 31 agosto 1928, n. 2126), il quale insieme colla R. Stazione sperimentale per le industrie delle conserve alimentari in Parma, ha, fra gli altri, il còmpito di invigilare la fabbricazione delle conserve alimentari d'origine vegetale e animale e di proporre al Ministero norme per la loro produzione. A tale scopo esso si vale di propri delegati che possono essere scelti anche fra gli ufficiali sanitari.

Come per le conserve alimentari propriamente dette, per garantire la salubrità dei *prodotti alimentari della pesca conservati in recipienti,* prodotti che, se non sono igienicamente preparati, possono dar luogo a forme di avvelenamento gravi e talvolta mortali, sono state di recente emanate provvide disposizioni, che è dovere dell'ufficiale sanitario conoscere e far applicare. Il R. decreto-legge 7 luglio 1927, n. 1548 (convertito nella legge 7 giugno 1928, n. 1378) e le relative norme regolamentari approvate con R. decreto 27 giugno 1929, n. 1427, riguardano appunto la fabbricazione, l'importazione ed il commercio dei prodotti alimentari della pesca conservati in recipienti; ne ricorderemo solo le disposizioni più importanti.

Chi fabbrica a scopo di commercio prodotti alimentari della pesca (pesce, uova di pesce, molluschi, crostacei), conservati in scatole o in altro recipiente, è obbligato a farne denunzia al Prefetto indicando le materie prime che intende lavorare e il modo di preparazione dei prodotti. La fabbricazione è vietata:

a) in locali nei quali non siano osservate e mantenute le necessarie condizioni igieniche;

b) con personale che non sia immune da malattie infettive o diffusive;

c) con un processo di lavorazione che non garantisca la igienica preparazione, l'efficace sterilizzazione e la buona conservazione del prodotto;

d) con uso di scatole o altri recipienti non conformi alle disposizioni delle vigenti leggi sanitarie.

La salubrità dei locali di lavorazione e deposito, anche in rapporto all'igiene del lavoro, deve risultare da una dichiarazione dell'ufficiale sanitario, e può sempre esser controllata dall'Autorità sanitaria. L'immunità del personale della fabbrica da malattie infettive e diffusive, deve pure risultare, all'atto dell'assunzione del personale, da una dichiarazione dell'ufficiale sanitario. Verificandosi la malattia nel personale già in servizio, questo sarà allontanato, e riammesso solo con certificato di cessato pericolo di contagio, rilasciato dallo stesso ufficiale sanitario, il quale ha facoltà, in qualunque tempo, di accertasi delle condizioni di salute del personale suddetto.

L'efficacia dei processi di sterilizzazione, e di quelli intesi a garantire l'igienica preparazione e conservazione dei prodotti, deve risultare da una dichiarazione del direttore di un laboratorio provinciale di vigilanza igienica o della R. Stazione sperimentale per l'industria delle conserve alimentari. Dagli stessi istituti ciascun fabbricante è obbligato a far analizzare annualmente la sua produzione. Le scatole contenenti prodotti della pesca conservati devono rispondere ai requisiti prescritti per le suppellettili da cucina e da tavola e per gli oggetti destinati a porsi in contatto con alimenti o bevande. I recipienti stessi non possono esser messi in commercio se non portano le seguenti dichiarazioni specifiche:

a) del prodotto contenuto;

b) della qualità di olio o di altre sostanze impiegate per la conservazione;

c) del peso netto del contenuto;

d) del nome del produttore e del luogo di produzione, oppure dal marchio di fabbrica autorizzato.

Senza insistere, per brevità, su altre disposizioni di carattere commerciale e su quelle relative alle contravvenzioni ed alle penalità, possiamo concludere che tutta la recente legislazione sulle conserve alimentari costituisce un'efficace garanzia igienica per un importante gruppo di commestibili, che va diventando di sempre più largo consumo, ed offre un nuovo documento della cura che il Governo Nazionale dedica alla tutela della pubblica salute.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

L'automobile e i medici.

In Italia si considera quasi un lusso, per i medici, avere l'automobile; invece altrove non si concepisce quasi l'esercizio della medicina senza l'uso dell'automobile: non soltanto negli Stati Uniti, ma anche in alcuni Paesi d'Europa, come la Francia, è ormai generale questo concetto.

Ce ne dà una prova una sentenza del « Giudice di Pace » della 9ª circoscrizione di Parigi, in data 10 aprile 1930 (riportata da *L'Hygiène Sociale*, 25 giu. 1930), relativa ad una contestazione sorta tra il dott. Bilhaut ed una Società che gli affittava un *garage*.

Questa Società avrebbe voluto riavere la disponibilità del *garage*, perchè alcuni vincoli stabiliti dalle leggi francesi 1 aprile 1926 e 29 giugno 1929 per le case d'affitto e per i locali adibiti all'esercizio professionale non si applicherebbero al *garage*.

Dice la sentenza: ... «Attesochè... è certo che alla nostra epoca un medico praticante non può esercitare la sua professione senza un'automobile, tanto a Parigi come in campagna; che l'automobile può essere considerato come uno strumento di lavoro pel medico; che un locale adibito unicamente ad accogliere lo strumento di lavoro è un locale afferente all'esercizio della professione...; per questi motivi il dott. Bilhaut ha diritto alla proroga legale... ». Il proprietario del *garage* è stato condannato alle spese del giudizio. A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Lattoproteinoterapia. — All'abb. n. 6590:

Le fialette di latte sterilizzato, per proteinoterapia, da 3 a 5 cmc., si trovano in commercio e sono allestite dalle principali Ditte italiane di prodotti vaccino-siero-terapici.

Volendo preparare per conto proprio il materiale da inoculare si usi latte di vacca appena munto e bollito, facendo l'iniezione subito dopo il raffreddamento per evitare inquinamenti del latte. In questo caso usare per la iniezione aghi grossi da calomelano, perchè il grasso ostruisce i comuni aghi di Pravaz: a questo riguardo il latte messo in commercio dalle Ditte produttrici è previamente scremato.

Le iniezioni si fanno endomuscolari nei glutei con dose iniziale di 2-5 cmc. per adulti (1-3 cmc. per bambini), arrivando fino a 10 cc.

Le reazioni locali e generali sono forti, spesso impressionanti. I fenomeni anafilattici sono probabili in individui sensibilizzati; praticamente non vengono presi in considerazione data l'eccezionalità di tale sensibilizzazione.

B. M.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

A. CORDERO. *Sulle complicanze immediate e remote dell'appendicite.* — Tip. Cooperativa, Parma, 1929.

P. PICCININI. *I contributi della Associazione Italiana di idrologia e Climatologia.* — Stab. Mozzati, Milano, 1929.

V. RONCHETTI e G. CESANA. *Rivedendo 1720 cedole di forme tifoidi.* — Stab. Stucchi-Ceretti, Milano, 1929.

D. PALIERI. *Aborto provocato.* — Tip. Rancati, Milano, 1929.

R. MAROTTA. *L'occhio meningitico.* — Tip. A. Panaro, Napoli, 1929.

M. BUISSON. *Le coxopatie deformanti e le idee del Calot.* — Arti Graf. Giachino, Torino, 1929.

G. ROASENDA. *Le vie della sensibilità superficiali e di quelle profonde per la faccia.* — Ind. Graf. Nicola, Varese, 1929.

D. PALIERI. *Rottura dell'utero prolassato che vien fuori addossato alla testa fetale. Sutura-guarigione.* — F. Vallardi, Milano, 1929.

G. VISCHIA. *Il problema dell'angina pectoris.* — St. S. Bernardino, Siena, 1929.

G. OLIVIERI. *Sulla biologia del bact. coli nelle cistiti.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora della nuova morale professionale.

Le nostre considerazioni sulle ardite teorie commercialiste che un collega palermitano ha esposte e sostenute, a dir vero poco brillantemente, ha trovato molti consensi. Ciò prova quanto sia squisita la sensibilità morale della classe medica italiana.

Il giornale *La Federazione medica*, che aveva ospitato l'articolo incriminato, ha preso nettamente posizione contro le idee ultrainnovatrici dell'etica professionale.

Ha pubblicato un assennato articolo del dott. Toffoletto ed un altro molto garbato del dott. Barbieri, il responsabile della focosa e sbalorditiva reazione del collega siculo.

Ambedue mettono al punto la quistione, e sopra tutto mettono in rilievo come in fatto di commercialismo i medici italiani hanno idee confacienti al prestigio ed al decoro della classe, adeguate alla loro missione.

V'ha di più: una dichiarazione dello stesso autore dell'articolo che ha sollevato tante discussioni, alla quale *La Federazione medica* pone il titolo suggestivo di *Viaggio a Canossa...*

Ed è una vera Canossa. Pigliandosela con il proto che ha omesso qualche frase, facendo appello alla bontà delle sue intenzioni, chiamando paradossali le sue idee, fa ammenda di tutto e ringoia felicemente ogni cosa.

Non resta che augurargli espiazione lieve e buona digestione. *Pangloss.*

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il problema assicurativo alla Camera.

In sede di discussione del bilancio del Ministero delle Corporazioni, l'on. prof. Eugenio Morelli ha pronunciato un discorso di cui riportiamo larga parte:

Penso che nel campo assicurativo sanitario il Ministero delle Corporazioni abbia parte larghissima.

Avrei desiderato discutere di tutte le questioni di assicurazione, e specialmente mi stava molto a cuore, *l'assicurazione obbligatoria contro le malattie*. È questione difficilissima ed estremamente delicata, della quale tuttavia reputo di non dover oggi parlare, perchè il sottosegretario di Stato all'interno, rammentando la Carta del Lavoro, ha ricordato le parole del Duce dichiaranti che l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi a cuore l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Ha aggiunto che non è ancora il momento di provvedere, perchè le condizioni economiche generali non lo permettono. Penso che dopo le parole del sottosegretario — che le questioni sanitarie sa affrontare con entusiasmo e rapidamente risolvere — sarebbe stolto far altre discussioni.

Il Duce ha detto che a questo si arriverà. La parola del Duce è sempre stata mantenuta, e perciò su questo argomento, che mi stava molto a cuore, io taccio, nella certezza che la promessa dell'attuazione dell'assicurazione contro tutte le malattie sarà mantenuta, come mantenuta fu l'assicurazione contro la tubercolosi. Di questa discutemmo, ed io stesso ne discussi a lungo, parecchi anni fa: quando meno pensavamo alla attuazione, il Duce ce l'ha donata; dobbiamo per sincerità dire che quando le condizioni lo permetteranno, avremo pure, senza ulteriore indugio, anche l'assicurazione contro tutte le malattie.

E anche per un altro fatto penso che sia giusto attendere: il Duce disse che *l'assicurazione contro la tubercolosi* era il primo passo; ed io, dal mio punto di vista, mi permetto aggiungere che è il primo studio di impostazione della legge assicurativa contro tutte le malattie.

Io penso che la riuscita o meno dell'assicurazione contro la tubercolosi sarà quella che dimostrerà se sarà bene inoltrarci nel campo della più vasta assicurazione. Vi confesso che è per questo ideale contingente, e specialmente per l'ideale futuro, che io dò tutte le mie energie. Sono convinto che solo l'unione di tutte le forze attive della Nazione potrà fare ben funzionare l'assicurazione contro la tubercolosi e potrà dimostrare l'utilità della generalizzazione delle assicurazioni.

Venendo alla quistione della tubercolosi, credo giusto dire qual'è l'impostazione di questa lotta, quali sono le direttive, quanto ha fatto la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali che ha avuto l'ordine dal Duce di attuare l'assicurazione obbligatoria. Se volessi essere superficiale e riscuotere facili approvazioni basterebbe dirvi che già 5754 individui sono curati a domicilio, 13.092 sono curati in case di cura, altri 7285 si trovano in luoghi speciali di cura; con un totale, dopo pochi mesi, di 26.131 ammalati attentamente curati.

Vi potrei dire una cifra che può essere sbalorditiva: in un anno o poco più da che è approvata la legge, la Cassa ha dato già più di 3 milioni di giornate di presenza. Voi vedete quanto bene la Cassa nazionale ha saputo fare: di ciò va ampiamente lodata.

Ma io mi domando: è tutto bene questo? Ci si deve fermare a questa forma di aiuto o deve essere rapidamente modificata?

Sono *troppo forti le cifre di cure a domicilio.*

È, questa cura, imposta dalla deficienza attuale, desiderata molto dagli ammalati, ma da eliminare.

E debbono diminuire i numeri dei curati in case di cura non perfettamente attrezzate. Tutta

la Nazione ha cercato di dare quanto più ha potuto, ma dobbiamo per sincerità dire che la Nazione non era armata.

Dobbiamo convenire che per le cure da svolgersi veramente secondo tutti i dettami igienici, con tutto quanto occorre per questa categoria di ammalati, molto ancora bisogna fare. Quindi queste cifre che potrebbero sembrare incantevoli ci devono invece spingere alla costruzione rapida di *sanatori*. Ma la costruzione implica alcuni anni. Voi sapete che la Cassa nazionale ha dieci anni di tempo per assolvere al suo compito; ma io credo di potervi dire che la Cassa nazionale in meno della metà lo saprà assolvere, per l'entusiasmo di tutta la Nazione, che ha accettato la lotta alla tubercolosi, ingaggiata dal Duce, come un comando. È commovente, passando di provincia in provincia, vedere le autorità e i privati che vengono incontro, che pregano, implorano e fanno donazioni purchè si costruisca: tutte le titubanze di ieri, tutti i dubbi igienici, tutte le lotte sono finite.

Solamente ieri, quando si parlava di costruire un sanatorio, di costruire una casa per tubercolotici, si assisteva alla lotta di tutte le città per non volerli. È bastato che il Duce segnasse la via, perchè tutti ora li vogliano, perchè tutti li reclamino; e non c'è più nessuno che dica che un sanatorio è un campo di infezione. Ormai tutti hanno compreso che nel sanatorio si ritirano coloro che invece andrebbero spargendo l'infezione; ritirati, sono perfettamente difesi e diventano inoffensivi.

* * *

Le cifre che vi ho detto portano a questo concetto: occorre il pronto ricovero. E infatti si sono mobilitate tutte le case di cura esistenti. Però il pronto ricovero ora non è facile, poichè i letti sono esauriti. Dobbiamo costruire rapidamente i sanatori. Il programma è questo: costruirne possibilmente *uno in ogni provincia*. E va data molta lode alla Cassa nazionale, la quale, anzichè voler dare una espressione puramente economica alla lotta antitubercolare (a lei sarebbe convenuto fare pochi grandi ospedali interprovinciali), ha voluto diffondere al massimo la difesa, per avere pronto l'accorrere del malato al sanatorio.

Ormai si è stabilito, come linea di massima, che in ogni provincia, generalmente presso il capoluogo, si costruisca un ospedale sanatoriale, come ente di primo soccorso e di smistamento. Ho detto che ogni provincia e ogni ente provinciale fa a gara nell'aiuto: e credo doveroso mettere in evidenza il fatto, perchè della gente di poca vista aveva pensato che fra Consorzio e Cassa nazionale vi potessero essere delle antitesi. Io vi posso dire, invece, che in ogni città d'Italia, il Consorzio è il primo ad aiutare. Si giunge al punto che ormai la Cassa nazionale costruisce non solamente per i propri assicurati, ma anche spessissimo per il Consorzio, pensando che quando un ente parastatale ha l'onore di ingaggiare una lotta, deve vedere il problema dal punto di vista nazionale. Non si dà mezzo miliardo ad un ente per una idea benefica, se esso non è lungimirante.

Se la Cassa avesse costruito solamente per gli assicurati, avrebbe fallito al proprio compito, avrebbe compiuto errore gravissimo. Il merito di questa impostazione di *unione fra Consorzi e Cassa* risale veramente al Ministero dell'interno. La Cassa Nazionale a noi non permette di fare un passo, di procedere nello studio nelle singole provincie, se non vi è con noi un ispettore del Ministero dell'interno: per ciò le questioni sono studiate in pienissimo accordo e nella misura che le provincie possono dare. In quanto il Ministero è d'accordo in tutto questo, tutto procede rapidamente, senza interferenze. Vada il nostro ringraziamento al ministro e la lode al valoroso direttore di sanità, S. E. Fornaciari, e ai suoi collaboratori.

Quasi ogni provincia ha dato il terreno di costruzione, l'acqua potabile, le fognature, ecc., ben comprendendo che questa lotta supera il momento e il denaro, e serve per la costruzione della razza istessa.

Dopo i sanatori di pianura, bisognava pensare ai *sanatori di montagna*. Qui i concetti sono diversi. Mentre i sanatori di pianura debbono essere al massimo diffusi per il ricovero immediato e per lo smistamento, per il sanatorio di montagna il ragionamento è inverso. Il sanatorio di montagna è troppo costoso se poco popolato.

È delittuoso nella beneficenza sprecare il denaro. Quando si pensa che un sanatorio di cento o duecento letti, che sorge in montagna, ha bisogno di dieci o quindici chilometri di strada, di condutture d'acqua e di una quantità di impianti per il suo funzionamento, io dico che questo sanatorio costa troppo. Bisogna cambiare il sistema.

Dobbiamo costruire veri *villaggi sanatoriali* con mille, duemila e più abitanti, perchè in tal caso le spese verranno di molto diminuite: il sanatorio di montagna costerà presso a poco come quello di pianura, poichè solo in tal caso converrà fare quelle strade, quelle funicolari e filovie che serviranno a diminuire le spese.

Vediamo così che si va capovolgendo l'impostazione collettiva del problema. Fino ad oggi, perchè si combatteva il tubercoloso anzichè la tubercolosi, il tubercoloso si nascondeva e noi visitavamo costantemente i malati gravi che andavano a finire in quei tubercolosari che erano l'anticamera della morte.

Oggi la cosa è ben diversa; oggi il malato è curato gratuitamente, la famiglia è protetta, e vediamo quel malato che prima si nascondeva per amore della famiglia, per poter lavorare e guadagnare fino allo estremo delle forze, purchè i figliuoli non restassero in miseria, oggi invece

farsi curare il più presto possibile: e la famiglia lo spinge a curarsi perchè possa rapidamente guarire e ancora proteggere la famiglia stessa.

Quindi noi abbiamo capovolta l'impostazione patologica: ora vediamo il malato all'inizio della forma morbosa. Ecco perchè dobbiamo dare maggiore sviluppo al sanatorio di alta montagna, che è indicato per gli ammalati lievi, che non al sanatorio di pianura, che è più indicato per i malati gravi. Però, come dissi, per diminuire il costo del malato occorre costruire veri paesi sanatoriali.

Noi stiamo studiando quattro sanatori: uno nella Selva di Ternova, uno in provincia di Sondrio, uno in Abruzzo e un altro nella Sila.

Non dico che tutti si faranno, perchè mentre è facile la costruzione di un sanatorio di pianura, perchè qui il clima non ha grande importanza trattandosi di ricovero immediato, quando invece si deve costruire un sanatorio nel quale il clima ha parte precipua, dobbiamo studiare attentamente le condizioni climatiche, perchè nessuno si permetterebbe spendere cinquanta o sessanta milioni per un villaggio sanatoriale, senza avere la certezza assoluta che tutte le condizioni curative sono perfette.

Spero che fra non molto potremo iniziare i villaggi sanatoriali almeno in tre località.

* * *

Ottenuta col sanatorio la guarigione, dobbiamo pensare a mantenere la salute riacquistata. Purtroppo dal sanatorio escono individui guariti sì, ma non così robusti da garantire la continuità del benessere: spesse volte accade che, passando dal sanatorio all'officina, essi si riammalino. Questo purtroppo è constatato per una percentuale elevatissima. Perciò la Cassa nazionale delle assicurazioni sociali costruirà delle *colonie post-sanatoriali*, dove troveranno ricovero tutti i malati usciti dai sanatori, prima di tornare all'officina. Qui inizieranno il loro lavoro e saranno studiati nella loro capacità lavorativa. Il malato sarà rimandato all'officina solo quando avrà dimostrato di poter lavorare senza danno. È bastato che si annunciasse questo desiderio, perchè molte provincie e gli enti, annuncino alla Camera che parecchie provincie e città donarono il terreno, col desiderio di arrivare prime in questo esperimento, che è un esperimento di massimo bene. Cito Imola, Novara, Biella, Imperia, che donarono terreni che per ciascuna provincia variano dai 30 ai 100 ettari. È il giuoco di chi dona, perchè ognuno desidera rappresentare una parte attiva in questa lotta comandata dal Duce e desiderata dalla Nazione tutta.

E non solo vanno donando le province e gli enti, ma i privati stessi. Ad esempio in Sicilia, dove una volta non si poteva parlare di lotta antitubercolare, perchè pareva un'offesa, abbiamo avuto donazioni cospicue. A Trapani, una famiglia ha donato nove ettari di terreno per potere costruire il sanatorio, sentendo che in tal modo altamente onorava la memoria del padre. Ed in Sicilia dove noi nulla avevamo, stanno sorgendo sette sanatori provinciali.

Gli stessi privati offrono il loro lavoro gratuito, e rapidamente si costruisce. Vi sono industriali che danno il materiale richiesto, a prezzo di costo o sottocosto: questa prova meravigliosa credo sia dovuta completamente allo Stato Fascista e Corporativo.

E credo doveroso rendere noto alla Camera che l'esempio è venuto da due nostri colleghi, rappresentanti della Società Montecatini e della Laveno, gli onorevoli Donegani e Scotti. Donegani, offriva sotto costo le vernici, tanto che noi, primi, potremo largamente usare le vernici alla nitrocellulosa, che prima avevano per noi prezzi proibitivi; l'altro offrì sotto costo le piastrelle di rivestimento.

È bene che la Camera dia questi esempi: perchè tutti sentano che quanto è espressione di beneficenza statale non deve essere oggetto di guadagno: deve essere massimo orgoglio, potere abbondantemente dare.

* * *

Ho detto che il massimo utile è apportato dalla intima collaborazione fra il Ministero dell'Interno e il Ministero delle Corporazioni. Però mi permetto dire che tale collaborazione non è ancora completa e deve esser ancor più accentuata. Essa è perfetta per i consorzi antitubercolari. Vorrei vederla più intima coi *laboratori provinciali*: questo non dico per ipercritica, ma per desiderio di celermente costruire.

Io vorrei — e l'ho già detto in altro mio discorso parecchi anni fa — che i medici condotti potessero avviarci gratuitamente i materiali da esame che occorrono, almeno per i malati di tubercolosi, cioè l'espettorato e il materiale purulento sospetto specifico. La cosa si attuava già in Austria, e ritengo che sarebbe molto facile ottenerla presso di noi. Il Ministro Ciano, che sa unire la rettitudine amministrativa con la grande bontà e la comprensione dei bisogni sociali, credo asseconderà questo progetto.

Se il medico pratico potesse mandare ai laboratori provinciali questi espettorati senza spese postali, grande ne sarebbe l'utilità, giacchè molte volte l'individuo diventa infettante senza saperlo, e per il medico la diagnosi, con gli scarsi mezzi che possiede, può essere impossibile. Pensate specialmente ai vecchi, che tante volte ignorano di essere malati: si crede siano affetti da catarro cronico senza importanza e possono essere portatori di bacilli tubercolari. Pensate ai danni che possono derivare all'intera famiglia e più che tutto ai bambini, poichè è frequente, che il vecchio tenga sui ginocchi, custodisca i bambini, comunicando loro l'infezione.

Ora la possibilità di mandare ai laboratori gli espettorati delle persone sospette di tubercolosi rappresenterebbe un immenso vantaggio per la salute di tanta gente minacciata.

Vorrei ancora che in ogni provincia si facesse un *piano regolatore di tutte le opere igieniche* che in un determinato periodo di tempo potranno sorgere, dagli ospedali ai sanatori, dai laboratori provinciali ai ricoveri assistenziali, dai locali di disinfezione ai lazzaretti, affinchè non accada per l'avvenire quanto oggi troppo spesso accade di osservare. Queste opere sono disseminate senza criterio e perciò con enormi spese di gestione. Io penso che nell'avvenire tutte queste opere dovranno o potranno essere gestite da un solo ente: non si deve però permettere che a capriccio siano eseguite. In ogni paese si deve cercare di istituire il villaggio sanitario, dove enti e privati secondo norme stabilite, potranno costruire.

* * *

Un altro legame che bisogna stringere fortemente è quello con l'*Opera della Maternità e Infanzia*. È istituzione di tale importanza per l'avvenire della razza italiana, ha bisogno di così grandi mezzi, che sarebbe peccato non si accordasse, in ogni passo, con gli enti antitubercolari per evitare doppioni o interferenze, e anche più perchè le forze unite danno molto maggior rendimento.

Così pure dicasi per le *Colonie marine*. Le Colonie marine non sono oggi in una mano sola: sono distribuite tra il Fascio, la Provincia, la Maternità ed Infanzia, l'Opera Balilla, i privati, ecc. Se si pensa che molte volte queste Colonie sono composte da 40 o 50 bambini, ai quali devono andare a far visita, spesso in pompa magna, il Podestà, il Prefetto e tutte le altre autorità, e se si pensa che il numero esiguo dei ricoverati richiede in proporzione troppo personale sanitario, ci si accorge quanto esse vengono a costare, e allora si deduce che se molte di queste piccole colonie fossero riunite e affidate a personale sanitario specializzato, questa stessa somma potrebbe essere spesa per produrre molto maggior bene.

Bisogna dire, anche alle famiglie, che la Colonia marina è un'espressione mirabile di bene, ma che molti bambini potrebbero altrettanto bene essere curati nelle colonie fluviali, sui banchi di ghiaia, e in semplici campi bene esposti al sole. Non nego che il mare in alcuni casi renda di più, ma per la massima parte otterremmo lo stesso bene e beneficheremmo un numero maggiore di bambini, istituendo delle *colonie elioterapiche in ogni paese*, che tanto possono servire non solo per la salute, ma anche per diffondere l'educazione nazionale.

Basta vedere come semplicemente sono costituite tali colonie, per rendersi conto come possano agevolmente esser fatte in ogni piccolo paese. Andate a vedere quei bambini abbronzati dal sole, mirabilmente ripresi in un mese di vita al sole, e senza avere subito i danni e le spese di un lungo viaggio dal proprio paese al mare.

* * *

Fin qui ho parlato di quanto abbiamo fatto e vogliamo fare. Però intendo parlare anche un po' dei difetti di questa pur mirabile legge e delle correzioni che converrà apportarvi.

Se restasse al punto in cui è, non darebbe il massimo bene. Per me i difetti sono specialmente questi. L'assicurazione obbligatoria fa sentire la sua utilità specialmente *sull'operaio*, e quasi non tocca la campagna. Una delle cose belle vedute in Regime fascista è che l'industria si è sobbarcata a metà del peso della lotta antitubercolare con animo generoso ed ha voluto andare anche più in là per dimostrare la sua gioia per la salute degli operai: ha dato larghi mezzi per costruire l'Istituto « Benito Mussolini » per lo studio della tubercolosi, ben intendendo che sarebbe inutile la lotta quando non si creassero i condottieri, cioè i medici specializzati.

Ma l'agricoltura ha dato altrettanto, e altrettanto darà? *Il contadino* è parimenti difeso? No, certo.

Se la Cassa nazionale avesse considerato con occhio puramente assicurativo la questione antitubercolare, non si sarebbero fatti sanatori in nessuna delle provincie di campagna. Basti dire che in tutta la Sicilia, dove noi faremo sette sanatori, non vi sarebbero tanti assicurati da riempire mezzo sanatorio! Vengo da un viaggio fatto in Abruzzo. Sarebbero bastati dieci letti ad Aquila, dieci o quindici a Chieti, anche meno a Pescara!

Avremmo così fallito completamente al nostro còmpito, perchè il contadino sfugge all'assicurazione.

Ora questo fatto deve essere considerato molto seriamente e severamente. È una dicerìa dannosa che la campagna abbia pochi tubercolosi; purtroppo, stanno capovolgendosi le cifre; e noi arriviamo ad avere nelle campagne un quantitativo uguale a quello delle città, ed in alcune località anche superiore. E con questa differenza: che nelle città siamo più o meno armati per la difesa, ma nelle campagne non siamo per nulla armati a questo scopo.

Quando parliamo di urbanesimo e del modo di vincerlo, penso che uno dei pochi modi sia quello di costruire opifici in campagna. Ma non dobbiamo dimenticare che in quanto costruiamo opifici, portiamo tutta la espressione patologica legata all'opificio stesso, e naturalmente portiamo la malattia sociale dell'urbanesimo, la più forte, che è la tubercolosi. Ora la tubercolosi nella casa di un contadino fa strage. I perchè sono parecchi. Il contadino troppo spesso non ha un nutrimento adeguato al lavoro che compie. La nostra campagna non è alcoolista. La malaria solo in parte ha contribuito alla diffusione della tubercolosi. Molto si deve alla guerra e forse, più che alla guerra per se stessa, alla prigionìa. Anche più della prigionìa deve essere incolpata l'emigrazione.

Altro punto fondamentale è questo: che una delle malattie precipue del contadino che viene in città, è la tubercolosi. Questa malattia, ad esempio, miete le sue vittime specialmente fra le donne di servizio. Finchè il contadino resta nelle sue condizioni di ambiente, è sano e forte; ma messo in altre condizioni, s'infetta colla massima facilità. Le ragazze di campagna vengono negli opifici e nelle case di città e quando s'infettano, tornano a curarsi in campagna. Ma la casa di campagna non è costruita per la difesa contro la tubercolosi. Sono case dove, nella stessa stanza, dormono insieme quattro, cinque, sei persone. Pensiamo all'auspicato aumento delle nascite: i bambini crescono e vivono in contatto coi malati. Se non vi è possibilità di appartare il malato, chi principalmente vive a contatto con lui è il bambino. Altra circostanza aggravante è che in campagna chi resta a custodia dei bambini è proprio il debole, il malato, poichè tutte le persone valide si allontanano dalla casa per andare al lavoro.

Nelle campagne una delle cause precipue della infezione è data dalla cucina, che rappresenta la camera da convegno e la camera da pranzo. Le cucine di campagna sono al pianterreno, spesse volte buie e senza pavimento; sono umide sia per la posizione sia perchè la cottura delle vivande mantiene uno stato di umidità permanente, che è una condizione disastrosamente mirabile per il mantenimento in vita del bacillo.

I bimbi mangiano in cucina. Ora il bimbo che mangia in cucina raccoglie certamente quel tozzo di pane che gli casca in terra, e se lo mangia. Razzola per terra, e porta in bocca le mani intrise del sudicio saturo di bacilli. Ed è dimostrato che l'infezione, forse più che per via respiratoria, avviene nei bambini per via gastro-intestinale. Voi capirete benissimo che pullulare di infezione, quando vi sono in famiglia tubercolosi che, per mancanza di educazione, espettorano in terra!

Ma queste non sono che le cause concomitanti: la ragione vera è che il contadino non è, come organismo, in condizioni idonee di difesa contro la tubercolosi.

Sapete tutti che chi ha avuto nei propri ascendenti qualche malato di tubercolosi, può ritenersi in parte immunizzato contro il male, e certamente oppone maggiore resistenza al suo progredire. Il contadino resiste fortemente alla infezione; ma se all'infezione arriva, questa lo distrugge rapidamente, e con lui distrugge l'intera famiglia.

Credete, per citare un esempio, che i sudanesi in Francia siano stati distrutti solo dal piombo nemico? No: sono stati sopratutto falciati dalla tubercolosi. I nostri contadini sono soggetti ad un'analoga legge di natura. Come i popoli originariamente immuni, quando vengono in zone infette dalla tubercolosi, s'infettano con violenza enorme, così i contadini, venendo dalla campagna in città — messi in condizioni igieniche inusitate e dannose — s'infettano con facilità.

E la campagna, ripeto, non è adatta alla difesa contro il terribile morbo. Ecco perchè dobbiamo nelle campagne asportare rapidamente i malati di tubercolosi.

Un altro dato, che può sembrare strano a qualcuno; dato da me raccolto dopo un viaggio in Sardegna. La Sardegna è infetta dalla tubercolosi in modo spaventoso. Per chi ricorda come dall'isola eroica siano venuti i nostri migliori soldati, il fatto non può non destare dolorosa preoccupazione. Orbene, mentre in tutte le città di Italia la tubercolosi rappresenta poco più dell'un per mille, in Sardegna rappresenta il 3, il 3 e mezzo, e persino il 4 per mille. In tal modo la popolazione dell'isola corre verso la distruzione. E mancano i mezzi di difesa, nè si può attendere il tempo occorrente per costruire dei grandi sanatori. La Cassa Nazionale ha fatto costruire dei *padiglioni improvvisati*, in modo che essi possono, in pochi mesi, essere atti alle prime difese. Io sono persuaso che così facendo si apporterà realmente una grande utilità.

Sono sanatori di pochissimo costo, tanto che se ne ammortizza il prezzo nei tre anni di attesa per la costruzione dei sanatori definitivi.

Nei tre anni quindi la spesa è ammortizzata: e si sarà nel frattempo ottenuto un grandissimo utile. Di questi sanatori se ne costruiranno parecchi, specialmente nelle località più disagiate: e i primi a sorgere saranno quelli di Sassari e Cagliari, poi quello di Palermo.

La Cassa Nazionale ne ha fatto costruire uno in montagna e un altro all'Istituto « Benito Mussolini » per studiarli nel loro funzionamento: noi abbiamo la sensazione che possono servire egregiamente.

Basta, ripeto, che essi servano per gli anni di attesa del sanatorio in muratura. Ho però la certezza che serviranno per decenni. Per essi sarà levata la *superinfezione*, quella che avviene per contagio diretto dal malato ai famigliari.

Mentre sarà enormemente difficile scendere al disotto dall'1 per mille, sarà assai facile far discendere le percentuali di mortalità di queste popolazioni da tre all'1 per mille.

Sarà, cioè, difficile levare la tubercolosi legata alla costituzione, ma sarà facile levare quella dovuta alla convivenza. Sarebbe disonesto se noi non facessimo di tutto per eliminare tutte le forme tubercolari dovute a questo supercontagio.

* * *

E ancora c'è la questione dei *mezzadri*. Debbono essere anch'essi assicurati. E così i *piccoli proprietari!* Io penso alla mia provincia, penso alla Valtellina in cui tutta la popolazione è fatta di piccoli proprietari, piccoli proprietari che certamente non guadagnano, tutto sommato, le 800 lire di stipendio al mese che costituiscono il limite di assicurazione per l'impiegato.

Il piccolo proprietario che avesse 800 lire al mese da spendere, da noi sarebbe considerato un ricco. Ora questa gente, che è veramente la base dello Stato, questa gente dai molti figli, non è difesa. Nella provincia di Sondrio si arriva a questa stranezza: di avere numerosi sanatori per i ricchi; di avere un villaggio sanatoriale per gli assicurati; e di non poter difendere i piccoli proprietari.

Arriviamo a questo assurdo: colui che ha lavorato enormemente per costruirsi una piccola proprietà, che ha dato tutto quello che poteva per aumentare la ricchezza e la potenza della Nazione, costruendo quella piccola proprietà che è la espressione massima del lavoro e della produzione, ancora non è difeso.

Arriviamo a questo enorme paradosso, che un bracciante, ad esempio, che può essere forte lavoratore ma che causalmente potrebbe anche essere un disutilaccio e un ubbriacone, è assicurato, mentre il piccolo proprietario, che ha tutto dato, che tutto dà, e che è veramente l'ideale italiano, poichè è l'uomo laborioso e che crea le molte vite, non è assicurato. Se la tubercolosi capita in quella famiglia, accade la distruzione completa di essa!

Ecco perchè vorrei che ai piccoli proprietari si dovesse pensare.

Spero che il Ministro delle Corporazioni vorrà favorire l'allargamento della legge assicurativa; per ora però vorrei che S. E. Bottai ottenesse almeno che nelle campagne fosse completamente attuata l'assicurazione già imposta dalla legge attuale.

Basterebbe che i Sindacati e gli uffici di collocamento stabilissero che il lavoratore oltre la tessera politica dovesse sempre presentare anche quella tessera sanitaria che dimostra la gioia e la riconoscenza del lavoratore per le previdenze che lo Stato fascista ha imposto a suo beneficio.

* * *

Vi è poi un'altra questione, ed è quella dell'assicurazione delle *maestre* e dei *maestri*.

Nel Congresso internazionale dell'anno passato il Ministro dell'Educazione Nazionale, ben conscio dell'importanza del problema, aveva detto che le assicurazioni per le maestre sarebbero state effettuate.

Prego l'on. Ministro, che ha l'abitudine di provvedere rapidamente quando è persuaso di un problema, di voler considerare che non è lecito non assicurare le maestre. Scusatemi la parola: è quella di un montanaro così profondamente disciplinato che può permettersi talvolta di dire delle dure parole perchè rappresentano il sentimento vero dell'animo.

L'infezione tubercolare si propaga specialmente attraverso i bambini, e perciò non deve essere permesso che una maestra tubercolosa possa prendere per mano una bimba, possa chinarsi su lei per insegnarle le aste e le prime lettere dell'alfabeto, perchè può poi accadere che quella maestra tossendo infetti la bambina. E non si dica che le leggi sanitarie impediscono alla maestra malata di insegnare, perchè il tubercolotico si nasconde quando sa di non essere protetto; e perciò i maestri possono nascondere la loro malattia, perchè sanno che altrimenti verrebbero eliminati.

Ho motivo per credere che il Governo abbia già pensato a costituire questa assicurazione.

Per gli *impiegati* dello Stato so benissimo che il Ministro delle Finanze dice che le condizioni del bilancio non lo permettono. Ma il Governo ha giustamente preteso che gli industriali, che i datori di lavoro, facessero l'assicurazione, pagando la metà il datore di lavoro, metà il lavoratore. Il Governo per gli impiegati non lo ha fatto. Io penso che si deve entrare anche per essi sulla stessa via di condotta, perchè è doloroso, estremamente doloroso che l'impiegato non sia protetto.

Non dico gli alti impiegati; ma se voi avete detto che l'operaio sino al guadagno di 800 lire al mese deve essere assicurato per obbligo, sarebbe logico e sarebbe giusto che anche l'impiegato di Stato, almeno fino ad equivalente stipendio, dovesse essere assicurato.

L'impiegato dà molto allo Stato, e ama lo Stato; ma il rammarico dell'ammalato può cambiare l'affetto in imprecazione. E' attraverso il dolore che spesso l'animo si costruisce. Il medico ben lo sa che troppe volte sente o la parola di bontà o parole di ribellione: ribellione quando un padre o una madre vedono i propri figli malati e non li possono curare! Lacrime di gioia e benedizioni quando il figlio può avere resurrezione. Possano tali benedizioni andare al Governo fascista, perchè avrà teso la mano alla cura dei propri dipendenti.

E dobbiamo andare più in là. Molti *ufficiali* del nostro esercito e della nostra marina, se di tubercolosi si ammalano, non possono curarsi per condizioni economiche disagiate. E io domando: ma è giusto che ciò avvenga? Dagli ufficiali tutto si deve pretendere, ma essi debbono essere costantemente protetti. Essi daranno la loro forza come olocausto alla patria, ma nella malattia devono essere difesi.

Siamo ormai su una strada retta, su una strada che si apre, su una strada che porta — io ne sono pienamente convinto — alla *assicurazione obbligatoria contro tutte le malattie*.

Perchè qui non si tratta di sapere a chi non tocca pagare il canone assicurativo. Se debba essere dato dal datore di lavoro o debba essere dato dal Governo, dalla Provincia o dal Comune. Non è questo il problema.

L'importante è: dobbiamo salvare la popolazione, perchè in molte provincie, in molti paesi non c'è difesa. Andate in Sicilia; andate in Sardegna; andate nell'Italia meridionale, e voi troverete dei posti assolutamente indifesi.

Solamente mettendoci per questa strada avremo veramente la resurrezione del Paese. Solamente mettendoci per questa strada otterremo che coloro che, non aiutati, sarebbero dei ribelli, saranno invece i buoni che benediranno al Governo Fascista e al Duce che lo guida!

La vigilanza igienico-sanitaria nelle stazioni di villeggiatura.

Mentre nelle stazioni climatiche e balneari e nei luoghi di cura si va raccogliendo la consueta folla estiva che sfugge i calori delle grandi città, il Ministero degli Interni non ha mancato di inviare tempestivamente istruzioni precise ai prefetti del Regno perchè sia assicurato l'adempimento di tutte quelle norme sanitarie ed igieniche che valgano a migliorare sempre più l'attrezzamento delle nostre spiaggie e dei nostri paesi montani.

Il Ministero, dopo aver raccomandata la vigilanza delle acque potabili, ha dato precise istruzioni per il miglioramento dei servizi di nettezza urbana, al fine della maggior pulizia delle strade e della pronta rimozione dei rifiuti cittadini, misure queste di grande importanza per la lotta contro le mosche. Dovranno anche essere intensificati i servizi di vigilanza annonaria, con particolare riguardo al commercio del latte ed al funzionamento dei pubblici mercati. Inoltre la regolare vigilanza sugli alberghi, sulle pensioni, sugli stabilimenti di cura da parte degli uffici sanitari dovrà essere seguita col maggior scrupolo. In tal modo potrà accertarsi se essi trovansi in buone condizioni igieniche, e potranno proporsi quei provvedimenti che verranno riconosciuti di maggior necessità ed urgenza, in conformità a quanto viene disposto col regolamento riguardante le migliorie igieniche e sanitarie negli alberghi.

Vigilanza igienico-sanitaria nella campagna risicola.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della Sanità) ha diretto alle RR. Prefetture la seguente circolare:

Nell'imminenza della stagione risicola si richiama l'attenzione delle EE. LL. sulle prescrizioni igienico-sanitarie, considerate nel titolo IV del testo unico delle leggi sanitarie e nei regolamenti generali e speciali sulla risicoltura, sia nei riguardi della disciplina igienica di detta coltivazione, sia per la tutela sanitaria dei lavoratori che vi sono addetti.

Necessita infatti che le EE. LL. si assicurino che nelle zone risicole, da parte degli Enti obbligati, siano adottati tutti i provvedimenti necessari alla piena efficienza dei servizi igienici e di assistenza sanitaria, alla protezione delle abitazioni e dei locali di ricovero dalla penetrazione delle zanzare malarigene, alla provvista ed alla regolare somministrazione del chinino.

Speciale cura dovrà anche portarsi nei riguardi dell'approvvigionamento dell'acqua potabile, nonchè delle provvidenze per evitare la diffusione di malattie intestinali e della febbre tifoide in particolare.

Poichè d'altronde è stato segnalato che, talvolta, lavoratori immigrati per ragioni di lavoro nelle risaie, hanno dovuto essere rimpatriati a causa di manifestazioni di malattie già preesistenti, come epilessia od altre, si pregano le EE. LL. di richiamare l'attenzione degli ufficiali sanitari, i quali, a termini dell'art. 82 del testo delle leggi sanitarie, devono rilasciare la dichiarazione medica per i mondatori che intendono emigrare in risaie, acciò essi non limitino l'esame dell'individuo soltanto nei riguardi delle malattie trasmissibili, ma lo estendano anche per quelle malattie generali che non consentono di attendere, senza danno, regolarmente e proficuamente, a un lavoro bene spesso gravoso come è quello della monda del riso. p. il Ministro: Arpinati ».

L'assistenza sociale di fabbrica.

Viene segnalato il magnifico sviluppo pratico che va prendendo l'assistenza sociale di fabbrica, una provvida iniziativa che nell'ambito del Regime è perseguita dalla Confederazione generale fascista dell'industria. Scopo dell'assistenza sociale di fabbrica è quello di assistere l'operaio e la sua famiglia e di aiutarlo attraverso prestazioni tecniche e di consulenza nelle difficoltà materiali e morali in cui esso possa eventualmente trovarsi. Le pratiche per le quali si può ricorrere all'assistenza sociale di fabbrica sono raccolte in otto titoli, tra cui:

1) ricovero di operai o membri delle loro famiglie in istituti di cura (ospedali, sanatori, convalescenziari);

2) invio di operai o membri delle loro famiglie a medici specializzati, ambulanze, Opere pie, dove si possono avere agevolazioni di prezzi, visite mediche, operazioni chirurgiche, esami speciali, radiografie, radioterapie; invio delle gestanti agli ambulatori Maternità e Infanzia dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e Cassa Nazionale Maternità;

3) iscrizione a uso degli adulti e dei piccoli alle Colonie estive marine e montane e alle altre opere di assistenza dei fasci femminili, della Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, ecc.

Dalle relazioni dei vari uffici di assistenza risulta che il servizio dell'assistenza ha interessato nel 1929 circa 100.000 operai. Calcolando che a ciascun operaio corrispondano cinque persone di famiglia bisognose di assistenza, si ha da concludere che le persone assistite sono state l'anno scorso almeno un milione.

Quest'anno si sono aumentate e perfezionate le assistenza, distribuendole nei maggiori centri industriali del paese. Il lavoro risulta più che raddoppiato e interessa ormai duecentomila operai, ciò che significa che sono più di un milione le persone assistite. Si tratta, come si vede, di una grandiosa e poco nota nuova opera di solidarietà sociale tipica del nuovo tempo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASPARTA (*Terni*). — Scad. 25 sett.; per Portaria; L. 8000 oltre L. 2500 serv. att., c.-v., lire 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ASCOLI PICENO. — 1ª cond.; al 1° ottobre; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; età lim. 35 a.; stip. L. 8000 e 10 bienni ventes. pel 25 % della popolazione.

BASSANO DEL GRAPPA (*Vicenza*). *Ospedale Civile.* — Primario medico. Scad. 10 ag.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 13 ag.; per Marzeno; L. 8500 oltre L. 2500 trasp., 2 c.-v.; addizion. L. 2 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Al 5 ag., ore 18; 1ª condotta; ab. 1144; pov. 20 circa; L. 9700 e 5 quadrienni dec., c.-v. se ammogliato; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 27 giu.

CAMPOBASSO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore sanitario della Sala di ricezione degli illegittimi; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; specializzaz. in puericoltura. Scad. 25 sett.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Acireale; L. 10.000 e quinquenni dec., oltre L. 2000 capo uff. d'igiene. Scad. 31 lug.

COSENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene. Stipendio L. 16.000, oltre 2 aumenti quadriennali fino a L. 17.8000, indennità servizio attivo lire 4200. Scadenza ore 12 del 30 settembre. Richiedere bando alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

COSENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Chimica e Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio per ciascun posto L. 9500 elevabile a L. 11.600 oltre indennità servizio attivo L. 2100. Scadenza ore 12 del 30 settembre. Richiedere bando alla Segreteria.

CREMA (*Cremona*). *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assistente; età massima a. 35; stipendio annuo L. 4000 oltre caro viveri in L. 1820 e indennità giornaliera di L. 8 per la guardia medica in turno con l'altro assistente; camera. Documenti a 3 mesi. Scadenza 31 luglio.

FERLA (*Siracusa*). — Scad. 20 sett.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore del Brefotrofio Provinciale. Stipendio annuo L. 16.000 suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo, oltre la indennità di servizio attivo in ragione del dieci per cento dello stipendio. Titoli di studio: Diploma di abilitaz. all'eserc. medico-chir. e diploma di specialista in puericultura. Al nominato verrà corrisposta, se dovuta, la indenn. caro-viv. a norma vig. leggi. Termine per la presentazione domande e documenti 31 luglio. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

IVREA (*Aosta*). — Uff. san. consorzio 11 comuni; L. 14.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 6000 trasp. Scad. 30 sett. Rivolgersi presidenza del consorzio.

LIVORNO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sez. Medico-Micrografica del Laborat. Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.000, indenn. serv. attivo L. 2800, caro-viveri nella misura in cui viene corrisposto agli altri dipendenti dell'Amministraz. Provinciale. Aumento del decimo sullo stipendio in corso dopo il primo quadriennio e per quattro trienni consecutivi. Età massima a. 35, salvo eccezioni art. 9 del R. Decr. 16-1-1927, N. 155. Documenti indicati dall'art. 8 di detto R. Decr. Scadenza 15 agosto, ore 18. Assunzione in servizio entro 15 giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza.

Agli aspiranti sarà notificato in tempo debito il luogo e il giorno in cui avranno luogo gli esami.

Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Livorno (Via Goldoni, 8).

MAROSTICA. *Ospedale Civile.* — Al 30 sett., ore 18; med.-chir. assistente; L. 6000, vitto e camera; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 24 giu.; tassa L. 50,10; nomina e conferme biennali. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

MONTEPRANDONE (*Ascoli Piceno*). — A 30 giorni dal 3 lug., 1ª condotta; stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec. pel 25 % della popolaz.; addizion. L. 4; indenn. laurea L. 500, serv. forese L. 1000, se uff. san. L. 700, cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 3 lug.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Scad. 15 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., c.-v. in L. 720; tassa L. 50.

NAVE (*Brescia*). — Scad. 20 sett.; con Bovezzo; L. 9000 e 6 quinquenni dec., c.-v., L. 2000 trasporto, ecc.

PAOLA (*Cosenza*). — Scad. 30 lug.; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 27 lug.; consorzio 3 comuni; L. 10.000 oltre L. 900 uff. san.. L. 3500 cav., L. 600 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario del capoluogo; proroga 10 agosto.

PIOZZO (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san. e assegno mezzo trasp.

POZZUOLO DEL FRIULI (*Udine*). — Scad. 25 lug.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., L. 900 uff. san.; L. 3000 trasp. Chiedere avviso.

REANA DEL ROIALE (*Udine*). — Scad. 16 ag.; L. 8000 e 6 quadrienni dec., c.-v., L. 800 uff. san., L. 3000 cavallo o automob.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

ROASIO (*Vercelli*). — Consorzio Sanitario Roasio-Sostegno. Per titoli; posti due medici cond.; stipendio L. 8000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Indennità trasporto secondo mezzo posseduto, escluso automobile. Aumenti periodici di legge. Documenti di rito. Scadenza fine luglio. Assunzione servizio 15 giorni dalla nomina. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Roasio.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Venticinque posti di tenente medico in servizio permanente nel R. Esercito. Al concorso potranno parteci-

pare gli ufficiali in servizio permanente effettivo o di complemento di qualsiasi arma o corpo, i sottufficiali e militari di truppa sia in servizio che in congedo, nonchè i medici civili, i quali tutti non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente in servizio permanente effettivo. Per gli ex-combattenti il limite è elevato di 4 anni. I documenti dovranno essere presentati ai distretti o ai corpi non più tardi del 31 agosto. Gli ammessi dovranno sostenere le prove di esame.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Per titoli ai seguenti posti di medico di Riparto: Chieti I (Ancona), Bagni della Porretta (Bologna), Brisighella (Firenze), Lucera (Foggia), Como I (Milano), Racalmuto (Palermo), Spezia II, Castagneto Carducci e Sticciano (Pisa), Tropea (Reggio Calabria), Anversa Scanno, Sulmona III, Orte II e Tagliacozzo (Roma), Valmadonna (Torino), Mogliano Veneto e S. Stino di Livenza (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati sopra fra parentesi). Scad. ore 17 del 20 agosto.

RUDIANO (*Brescia*). — Scad. 25 lug.; consorzio; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 800 uff. san.

S. GIORGIO JONICO (*Taranto*). — Scad. 20 ag.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.

SALMOUR (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; con Fossano (per le frazioni Loreto-Stura); L. 7000 per circa 110 iscritti e quinquenni dec., oltre L. 1000 cavalcatura; età lim. 45 a. al 1° lug.; doc. a 2 mesi dal 1° lug.; tassa L. 50,10.

SAN POTITO SANNITICO (*Benevento*). — Abitanti 1406 di cui 376 nelle case sparse. Stipendio lire 8000 annue lorde. Domanda in carta da bollo da L. 3 e documenti di rito da inviarsi non più tardi del 30 settembre (ore 12) alla Segreteria Comunale.

SIGNA (*Firenze*). — Scad. 15 ag.; per S. Mauro; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre indenn. mezzo trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VALFABBRICA (*Perugia*). — Al 31 ag., ore 18; 2ª condotta; L. 9000 e 4 sessenni dec.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° luglio.

VALLI DEL PASUBIO (*Vicenza*). — A tutto 31 lug.; L. 9000 per 1000 pov., oltre 6 quadrienni dec.; L. 1000-1800-2500 trasp.; L. 300 ambulat.; c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 4 mesi dal 21 giu.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti.

Il 2° concorso indetto dall'Associazione scade il 15 agosto. Temi: 1) Il problema della natalità; 2) Organizzazione dei sanitari al servizio della lotta contro le malattie sociali. Premi: due medaglie d'oro e due d'argento; ad ogni medaglia d'oro saranno aggiunte L. 500. Chiarimenti alla sede, via Modena 5, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Inaugurandosi la nuova Scuola di Medicina dell'Università di Bruxelles, sono stati nominati dottori *honoris causa* per la medicina: E. Bataillon, H. W. Cushing, A., S. Flexner, E. Gley, H. Hérissey, J. D. Rockefeller jun., C. Scott Sharrington, G. E. Vincent; per le scienze: E. Borel, M. Caullery, V. Grignard, A. Lacroix, P. Langevin, C. Maurain, C. Pérez, J. Perrini, W. Jackson Pope, A. Pietet, P. Zeeman.

Il prof. sen. Giulio Fano, di istologia e fisiologia generale alla Facoltà di Scienze di Roma, è nominato membro straniero onorario della Reale Società di Edimburgo.

Quali membri effettivi del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, per la Sezione di scienze mediche, sono nominati il prof. Achille Monti in sostituzione del prof. Luigi Sala e il prof. Riccardo Galeazzi in sostituzione del prof. Luigi Mangiagalli.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori. Virno Vincenzo, anatomia umana normale; Franceschini Pietro, anatomia e istologia normale; Pacchioni Giuseppe, batteriologia e profilassi delle malattie del bestiame; Sorges Felice, chimica bromatologica; Oliani Ettore, clinica chirurgica; Beretvas Leopoldo, clinica dermosifilopatica; Serra Giovanni, clinica oculistica; Abruzzese Giuseppe, Armanini Carlo, Sibelli Mario, clinica ostetrica e ginecologica; Ricchi Luigi, oftalmoiatria e clinica oculistica; Peruzzi Mario, patologia esotica; Lonero Giuseppe, Serio Francesco, Volterra Mario, patologia speciale medica dimostrativa; Businco Ottavio, radiologia medica; Mariotti Ettore, patologia e clinica dermosifilopatica.

I dottori Rustin Mc Intosh e Bengh Hamilton, dell'Università Johns Hopkins di Baltimora, sono nominati professori di pediatria rispettivamente all'Università Columbia di New York ed all'Università di Chicago.

Il dott. L. S. P. Davidson, dell'Università di Edimburgo, è nominato regio professore di medicina all'Università di Aberdeen (Scozia), in sostituzione del prof. A. W. Mackintosh, ritiratosi.

Al concorso per medici degli ospedali di Parigi (primari) sono risultati la dott.a Bertrand-Fontaine e i dottori Gutmann e Hamburger.

La Commissione era composta di Baudoin, René Benard, Cain, Claisse, Debré, Gougerot (presidente), Herscher, Lion e Jules Renault.

È la prima volta che una medichessa conquista, in Francia, per pubblico concorso, una posizione così elevata (v'è un precedente, ma era mancato il concorso). La Bertrand-Fontaine è figlia del celebre geologo Marcel Bertrand e nipote del matematico Joseph Bertrand. Fu nominata esterna negli ospedali di Parigi nel 1920, interna nel 1921; passò poi per vari servizi; fu assistente di Widal e di Abrami; nel 1927 e nel 1928 ottenne le due ammissibilità regolamentari. I suoi lavori più noti concernono le pneumopatie da bacillo di Friedländer, il rene amiloide e la nefrosi lipoidica. Conta ora 34 anni. Ha due figli.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bruxelles.

Le giornate mediche di Bruxelles.

(28 giugno-2 luglio 1930).

La decima sessione delle giornate mediche di Bruxelles, ha avuto quest'anno uno splendore particolare, perchè coincideva con la ricorrenza del Centenario dell'Indipendenza Belga.

Poste sotto l'alto patronato delle LL. MM. il Re e la Regina del Belgio, e sotto la presidenza effettiva del prof. Giulio Bordet, direttore dell'Istituto Pasteur di Bruxelles, furono inaugurate alla presenza delle LL. MM. e dei rappresentanti ufficiali di 46 nazioni, nell'aula del Palazzo di Belle Arti, con un discorso del Ministro dell'Interno, un'allocuzione del prof. Bordet, ed una magistrale conferenza del prof. J. L. Faure sul tema: « Scienza e coscienza in chirurgia ».

S. E. il prof. Dante De Blasi e il prof. Roberto Alessandri, direttore della Clinica chirurgica di Roma, erano i delegati ufficiali del Governo Italiano e come i colleghi esteri, vestivano la toga.

Il prof. Alessandri, nella seduta di chirurgia gastro-intestinale, operò nella Clinica del dott. Mayer un caso d'ulcera digiunale dopo gastroenterostomia e fu molto ammirato per la tecnica impeccabile e l'eleganza operatoria, dalla numerosa folla di chirurghi convenuti.

In una seduta del pomeriggio fece una conferenza sulla « tecnica delle reazioni gastriche per cancro e per ulcera », conferenza che illustrò con due films fatti eseguire con scopi didattici dall'Istituto « Luce ». La nitidezza e luminosità delle immagini furono vivamente ammirate e lodate dal numeroso pubblico che tributò alla fine della proiezione, un caloroso applauso al grande chirurgo romano.

Tra le comunicazioni che destarono maggior interesse ricorderemo quella del prof. Calmette su « Ultravirus tubercolare ed infezione bacillare », una di Arthus di Losanna sulle « Anatossine », quella di Heimbeck di Oslo sull'« Infezione naturale tubercolare e l'infezione artificiale col B. C. G. per iniezioni sottocutanee », ed infine quella del dott. Stefanopoulo d'Atene sulle « Ricerche recenti sul virus della febbre gialla ».

Il segretario generale dott. Beckers e il dott. Mayer dimostrarono una volta di più le loro grandi doti di perfetti organizzatori e seppero riaffermare la tradizione di signorile ospitalità offerta sempre dal popolo Belga.

La stampa medica era presente in gran numero: tre periodici italiani erano rappresentati: « Il Policlinico » dal dott. T. De Sanctis-Monaldi, la « Rinascenza Medica » dal dott. Renato De Blasio, e la « Riforma Medica ». T. D. S.-M.

Da Firenze.

Il prof. Luigi Ferrannini alla Scuola di applicazione di Sanità Militare.

Il prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica medica di Catania, invitato per una conferenza alla Scuola di applicazione di Sanità militare, ha trattato delle malattie di cuore dal punto di vista sociale.

Ha dimostrato come ora si muore per malattie di cuore più che per qualsiasi altra malattia, compresa la tubercolosi in tutte le sue forme e localizzazioni, e come la mortalità per malattie di cuore va sempre ed ovunque aumentando; ha descritto come questa mortalità si distribuisce secondo i paesi, le razze, i sessi, le età, le professioni; ha calcolato le alte probabilità di morte per malattie di cuore; ha descritto la frequenza delle malattie di cuore nel popolo, alla scuola, alla leva militare, tra le gestanti, negli ospedali, tra gli assicurandi e gli assicurati. E, dopo aver calcolato quanto costano questi malati di cuore, ha tracciato il programma per la prevenzione e l'assistenza.

Per la prevenzione ha indicato quanto si può realizzare nella protezione dei predisposti, nella profilassi delle cardiopatie tra i reumatizzati, i sifilitici e gli arteriosclerotici. E per l'assistenza si è specialmente formato a discutere l'efficacia delle cure di convalescenza, l'ordinamento relativo e la prevenzione di ogni altra infezione.

Ha invocato quindi un efficace intervento per la lotta contro le malattie di cuore, a torto ritenute ineluttabili e fatali. A.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso Idrologico di Rodi.

In una recente seduta del Consiglio Direttivo della « Associazione Italiana di Idrologia » tenutasi sotto la presidenza del prof. L. Devoto (presenti i proff. Ascoli M., Boveri, Caro, Casagrandi, Cattaneo, Gavazzeni, Giuffrè, Lenci, Pepere, Piccinini, Rondoni, Saccani, Valenti e il segretario prof. Gozzi) si trattò ampiamente di quanto si riferisce al XXI Congresso Nazionale Idrologico, da tenersi a Rodi. Constatate però le gravissime difficoltà opponentisi alla effettuazione di un viaggio collettivo dei congressisti a prezzi non eccessivi, pure essendosi il sen. U. Gabbi attivamente occupato delle trattative presso tutte le compagnie italiane di navigazione e pure avendo avuto l'appoggio di S. E. Lago e di altre alte personalità, il Consiglio Direttivo su precitato, dopo avere votato alla unanimità un vivissimo ringraziamento al sen. Gabbi per quanto da lui fatto con alto senso di patriottismo, ha deciso di rimandare il Congresso di Rodi a quando venga realizzata la possibilità del viaggio a condizioni sufficientemente favorevoli, augurando che tali condizioni si presentino al più presto.

Il corso per medici italiani e stranieri a Varese.

Il sen. Giovanni Gentile, presidente dell'Istituto interuniversitario italiano, ha inaugurato a Varese i corsi organizzati dall'istituto stesso per medici italiani e stranieri e destinati ad approfondire le conoscenze negli argomenti di maggiore interesse scientifico e di più discussa attualità. Quest'anno si trattano le malattie cardio-vascolari. I corsi di Varese sono aperti anche agli studenti del quinto e sesto anno di medicina delle R. Università italiane.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

Avranno luogo con l'appoggio della Facoltà medica dell'Università, della Lega dei docenti per i corsi di vacanze e della casa Imperatrice Federico.

Corsi permanenti hanno la durata d'un mese e di quindici giorni, in tutti i campi della medicina; inoltre sono ammessi uditori nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratori, per la durata di due a tre mesi, eventualmente di più, per chi voglia lavorare sotto una direzione sistematica.

Nell'autunno si terranno i seguenti corsi: pratica di laboratorio (dal 29 settembre al 4 ottobre), onorario 40 marchi; medicina interna, con speciale riguardo della clinica (dal 6 al 18 ottobre), onorario 75 marchi; perfezionamento per le malattie d'infanzia (dal 29 settembre all'11 ottobre), onorario 100 marchi; perfezionamento in oculistica (dal 1° all'11 ottobre), onorario 80 marchi; corsi singoli in tutti i campi della medicina, con esercitazioni pratiche.

Per la primavera 1931 sono annunziati: un corso speciale di chirurgia, uno di roentgenologia, uno generale per medici pratici (una settimana di terapia, un'altra di diagnostica), uno di patologia (durata 8 giorni).

Rivolgersi alla Dozentenvereinigung, Luisenplatz 2-4, Berlin NW. 6.

Corso di perfezionamento a Berck.

Dal 4 al 16 agosto avrà luogo un corso di perfezionamento sulla tubercolosi osteo-articolare e ganglionare, nell'Ospedale Marittimo di Berck, sotto la direzione del dott. E. Sorrel; tassa d'iscrizione 300 franchi. Rivolgersi al Dr. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck-Plage, P. d. C., Francia.

Per la stampa medica italiana.

Quali e quanti sono i periodici medici italiani? Come sono essi raggruppabili secondo le varie branche, che nel loro insieme costituiscono le scienze mediche, medico-sociali e biologiche? Quale è la fisonomia propria dei singoli periodici medici, che complessivamente sommano a varie centinaia?

A tutte queste domande risponde un fascicolo supplementare della « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica », dedicato alla « Stampa Medica Italiana » e che riesce interessante sotto multipli aspetti.

L'importanza dei periodici medici italiani non deriva soltanto dal loro grande numero e dalla notevole varietà di essi, ma dal loro valore scientifico e pratico sempre più riconosciuto anche all'estero.

Il suddetto Numero supplementare (N. 6-bis, luglio 1930-VIII) ed anche una monografia intitolata « La parola di illustri Maestri a favore della Stampa Medica Italiana », possono aversi facendone richiesta all'« Ufficio Stampa Medica Italiana », via Vallazze, N. 39, Milano.

Nella stampa medica.

Gli « Anales de Vías Digestivas, Sangre y Nutrición » hanno da poco iniziato la pubblicazione ad Avana; sono diretti dai dottori O. Madariaga e J. J. Chalous; segretari di redazione ne sono i dottori H. Madariaga e A. Coro del Pozo; l'abbonamento annuo importa 5 dollari; gli uffici hanno sede in: Avenua A. S. de Buotamante 12, Vedado, La Habana (Cuba).

Auguri.

Nuovi Ospedali a Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi ha approvato lo stanziamento di 13.400.000 franchi per la ricostruzione e l'arredamento dell'Ospedale Bichat, del quale sono già completati varî padiglioni, destinati ai tubercolotici.

Ha pure stanziato 18 milioni di franchi per erigere un ospedale-sanatorio a Champeneal, presso Memecy, nel dipartimento Seine-et-Oise; il Governo centrale concorre nella spesa con altri 10 milioni di franchi.

Il Consiglio municipale di Parigi ha stabilito di far abbattere l'ospedale Beaujon; la somma ingentissima che verrà ricavata dalla vendita dell'area, sarà destinata a costruire un grande ospedale moderno a Clichy, su di un'area che appartiene all'« Assistance publique ». Al posto del Beaujon verrà organizzato soltanto un piccolo posto di pronto soccorso medico-chirurgico.

Tra le altre deliberazioni del Consiglio municipale di Parigi relative all'assistenza ospedaliera, va ancora segnalato lo stanziamento di 188 mila franchi per creare un Centro di malarioterapia presso il Servizio dermo-sifilografo dell'Ospedale Cochin.

Per gli Ospedali di New York.

Il Dipartimento per gli Ospedali del Municipio di New York annunzia lo stanziamento di 21 milioni di dollari, pari a 400 milioni di lire it., per nuove costruzioni, ingrandimenti e spese straordinarie. Questo programma dev'essere svolto e attuato in 4 anni. Esso comprende: un ospedale per tubercolotici, capace di 500 letti, a Brooklyn, dell'importo di 3 milioni di doll.; un ospedale generale, dell'importo di 3 milioni di doll., a Brooklyn oppure a Queens; nuovi padiglioni per gli ospedali Riverside e Villard Parker, dell'importo di 400.000 dol. per ciascuno dei due ospedali; varî centri sanitari. Si provvederà anche all'acquisto di 2 grammi di radio, per l'importo di 130.000 dol., il che porterà a 7 grammi la dotazione di radio degli ospedali municipali di New York.

Per un sanatorio antitubercolare a Catania.

In seguito al vivo interessamento dei rappresentanti degli Enti cittadini provinciali, Comune e Consorzio provinciale antitubercolare, la Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali ha deliberato la costruzione in tre anni di un sanatorio antitubercolare a Catania. I tre Enti hanno deciso di offrire il terreno necessario, che è stato scelto dall'on. Morelli, direttore tecnico della Cassa stessa, sulla ridente e salubre collina di Santa Sofia. Il direttore generale della Cassa, alla comunicazione fattagli, ha risposto ringraziando e assicurando circa il sollecito inizio dei lavori.

Ambulatorio per cardiopatici a Chicago.

Il « Baron Hirsch Woman's Club », che è uno dei più antichi circoli israelitici di Chicago, ha donato 10.000 dollari, pari a circa 200 mila lire it., affinchè sia istituito un ambulatorio per cardiopatici, presso l'Università locale.

Padiglioni per servizi igienici e ricerche scientifiche agli stabilimenti Carlo Erba.

Con l'intervento del sottosegretario alle Corporazioni on. Dino Alfieri e di molte altre autorità, sono stati inaugurati due padiglioni presso i grandiosi stabilimenti di Dergano della S. A. Carlo Erba per prodotti chimici-farmaceutici: uno è destinato agli studi e alle ricerche scientifiche, l'altro raccoglie i servizi igienici e di assistenza (bagni, lavatoi, camere d'allattamento, refettori, servizio sanitario, ecc.).

La " Misericordia „ di Pisa.

Il Re ha assegnato una grande medaglia d'oro per le manovre di pronto soccorso indette in occasione delle feste centenarie della « Misericordia » di Pisa, ed il Capo del Governo ha destinato per le stesse manovre un grande orologio con base in argento cesellato.

Donazioni.

Il cav. Augusto Tirapani ha donato al prefetto di Matera L. 50.000 da destinare all'erigendo Ospedale, a dimostrare il suo compiacimento per l'operazione svolta dalla Questura nel ricupero di oltre un milione di titoli del Littorio.

La nuova legge sanitaria in Romania.

Una speciale Commissione, presieduta dal ministro Moldoveanu, ha elaborato il testo definitivo del progetto di legge sanitaria per la Romania. L'esercizio professionale medico viene consentito solo a laureati. I medici stranieri sono autorizzati all'esercizio professionale, a condizione che superino un esame in farmacologia, medicina legale e igiene pubblica sostenuto in lingua romena. Viene disciplinata la specializzazione (corsi biennali, salvo per coloro che hanno un decennio di pratica). Vengono regolate l'apertura e il funzionamento di laboratori, gabinetti, istituti curativi privati, farmacie, ecc. Nelle rubriche di consultazioni mediche sui giornali non medici, è vietato di dare prescrizioni terapeutiche. Ai medici è vietata la pubblicità sui giornali. È vietata la pubblicità ciarlatanesca di qualsiasi specie su medicinali o metodi curativi. Gli ospedali e tutti gl'istituti sanitari sono soggetti alla sorveglianza del ministero dell'igiene. Speciale attenzione è rivolta alla lotta contro le malattie veneree. Si può ottenere da chiunque la cura gratuita di queste malattie. I militari infetti possono essere trattenuti sotto le armi, fino a completa guarigione. Chi contagia di una malattia venerea, può essere punito con la prigione da tre a sei mesi, anche se il contagio è avvenuto a *sua insaputa*.

Nuovi ufficiali medici.

Una dispensa straordinaria del Bollettino Ufficiale del Ministero della Guerra contiene un decreto col quale sono nominati e destinati 444 sottotenenti medici di complemento ed un centinaio circa tra sottotenenti farmacisti e veterinari. Essi devono presentarsi il 21 corrente ai corpi cui sono destinati.

La questione del riso.

Al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere il prof. Luigi Devoto ha fatto un'interessante comunicazione sul valore nutritivo del riso.

Il prof. Pende a Rio de Janeiro.

L'Accademia brasiliana di medicina ha invitato il prof. Nicola Pende, dell'Università di Genova, a tenere un corso di conferenze sull'endocrinologia a Rio de Janeiro. L'invito ha carattere ufficiale. Il prof. Pende sarà ospite del Governo brasiliano.

In onore di Marey.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha festeggiato il centenario della nascita di uno che fu tra i più illustri suoi membri: Marey. Il prof. Charles Richet, già allievo, collaboratore e amico del grande fisiologo, ne tracciò la storia delle scoperte, relative sovratutto ai metodi grafici, tra cui il cinematografo.

Alla commemorazione assisteva un gruppo di medici nord-americani.

12° Congresso della Confederazione internazionale degli studenti.

Si svolgerà a Bruxelles dal 12 al 20 agosto, sotto l'alto patronato del Principe Ereditario Leopoldo, Duca di Brabante, e dei Ministri.

Inchiesta sulle infezioni stomatogone.

Il prof. S. Palazzi, direttore dell'Istituto di Odontoiatria della R. Università di Pavia, ha promosso un'inchiesta sui fenomeni clinici detti da « oral sepsis » — nel senso di localizzazioni di germi in corrispondenza di focolai orali, con metastasi in organi vari e sistemi — allo scopo di portare un contributo a questa grave questione di patologia e di clinica con l'aiuto del giudizio di cultori di clinica e patologia medica, clinica e patologia chirurgica, clinica odontoiatrica e dei medici pratici. A richiesta s'invia un questionario, affinchè le risposte siano omogenee e comparabili. Rivolgersi al prof. S. Palazzi, via Valpetrosa 10 (Via Torino), Milano (7).

Sir ARTHUR CONAN DOYLE, il reputatissimo creatore della novella poliziesca, spentosi in età di 71 anni, si era laureato in medicina a Edimburgo nel 1882; aveva prestato servizio quale medico di bordo; poi privatamente a Southsea si era formata una discreta clientela. Anche quando venne attratto completamente dalla letteratura, gli rimase la passione della medicina, di cui seguiva i progressi su libri e periodici. Durante la campagna anglo-boera prestò servizio di medico militare e diresse un ospedaletto da campo, il « Langman Field Hospital »; poi descrisse questa guerra in due volumi che furono tradotti in dodici lingue e che gli valsero il titolo di « Sir ». In parecchi dei suoi libri ricorrono le sue conoscenze mediche.

P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — L. H. NEWBURGH. Azione nefropatica di una dieta ricca di carne e fegato. — M. B. STRAUSS. Tachicardia ventricolare parossistica. — T. B. RICE. Batteriofagoterapia di affezioni suppurative. — J. GOTTESMAN e D. PERLA. Poliposi intestinale. — H. HORSLEY GANTT e G. V. VOLBORTH. Azione del solfato di magnesio sull'attività secretiva delle glandole diger. — F. B. LYNCH e S. A. SHELBURNE. Meningite da « B. enteriditis ».

Journal A. M. A., 1 mar. — F. M. MEADER. Sieroprofilassi della scarlatt. — G. KOLISCHER. Il problema del cancro.

Presse Méd., 15 mar. — F. BEZANÇON e J. DELARNE. Granulia e granulazione tbc.

Mediz. Klinik, 14 mar. — B. LEICHTENTRITT. L'infez. reumatica nell'età infantile.

Paris Méd., 15 mar. — Numero sul cancro.

Surg., Gyn. a. Obst., mar. — N. J. HOWARD. Pancreas anulare. — A. H. E. DORSEY. Batteriologia e patogenesi dell'appendicite.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — C. v. ECONOMO. Il sonno come problema di localizzaz. — L. H. SMITH. e P. SLOANE. Abuso d'ipnotici.

Med. Welt, 22 mar. — E. VEIEL. Costituzione astenica e cuore. — H. A. EICKE. Puntura lombare ambulatoria.

Med. Klinik, 21 mar. — T. BRUGSCH. L'ittero. — W. ROSENFELD. Osteomalacia frusta.

Deut. Med. Woch., 21 mar. — GOEBEL. Fratture rotulee. — HAJÓS. Impiego terapeut. dell'estratto di paratiroidi.

Arch. Ital. di Anat. e Istol. patol., gen.-feb. — P. FOLTZ. Patogenesi delle atrofie semplici del fegato. — R. MARZIANI. Localizzazioni osteo-periostee del linfogranuloma mal.

Presse Méd., 16 mar. — A. CALMETTE. Virus tbc., granulemia prebacillare e bacillosi. — P. VALLERY-RADOT e al. Esploraz. radiolog. delle vie urin.

Wien. Klin. Woch., 20 mar. — STANDENATH. Significato e compiti della patol. gener.

Brit. Med. Journ., 22 mar. — W. LANGDON BROWN. Predestinazione nelle malattie.

Ann. de Méd., feb. — F. BEZANÇON e al. Iperemolisi. — P.-E. WEIL e P. ISCH-WELL. Sindrome spleno-adenica della leucemia mieloide. — E. BENHAMORE e al. Agranulocitosi.

Bull. Ac. de Méd., 11 mar. — P. DELBET e P. BRETAU. Invecchiamento e magnesio.

Arch. It. di Chir., mar. — P. BARCO. Equilibrio acido-basico in rapporto alla narcosi narcoleinica. — L. BAJ. Batteriemia post-traumatica. — A. BICK. Studi speriment. sulle anestesie.

Journal A. M. A., 8 mar. — W. D. SHELDEN e W. I. LILLIE. Campo visivo e diagnosi dei tumori cerebr. — W. P. SHEPARD. Fattori del decremento della tbc.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 28 Luglio 1930 Num. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

L'ascesso di fissazione.

L. TONELLI
aiuto medico negli Ospedali Riuniti di Roma.

Già Ippocrate aveva notato come alcuni malati guarissero quando nel loro corpo si formava una suppurazione, e questo concetto non andò mai perduto nei tempi. Nelle infezioni si notò che in alcuni casi si aveva coincidenza tra il miglioramento e la comparsa di ascessi che furono indicati come critici.

Si giunse così al 1891 quando Fochier (*Lyon Médical*, 23 agosto 1891) consigliò di provocare artificialmente la formazione degli ascessi negli stati infettivi, allo scopo di facilitarne la guarigione.

Fochier lasciava allora indecisa la questione del modo di agire di questo ascesso di fissazione, ma riteneva già che il metodo « fosse applicabile a tutte le setticemie nelle quali l'infezione ha una tendenza a uccidere per azione generale, piuttosto che a localizzarsi sotto forma di suppurazione ».

Da allora in poi la fortuna di questo metodo fu assai varia, e molti lavori specie della scuola di Lyone ne hanno ormai precisato la tecnica, le indicazioni ed i risultati tutt'altro che trascurabili, onde non sarà male dare uno sguardo d'insieme al metodo.

Tecnica: Essa è, nelle sue linee generali, semplice: si tratta di iniettare una sostanza capace di creare una suppurazione locale. Ma quale sostanza iniettare? Furono proposte: il solfato di chinina acidificato, l'acido fenico, l'ossido giallo di mercurio, l'acido solforico diluito, le essenze di lavanda, origano, lo xilolo ecc. Crawitz propose l'essenza di trementina che è oggi la sola usata.

Alcuni AA. raccomandarono l'essenza vecchia ossigenata od azonizzata al contatto dell'aria. Delore (*Le Journ. de Méd. de Lyon*, 20 aprile 1930) raccomanda l'essenza del commercio che non abbia subìto una ossidazione troppo marcata. La sua ebollizione è inutile.

Circa *la dose* Fochier consigliava un cmc. nei casi lievi, due nei più gravi. Ma nella letteratura si trovano due casi in cui per errore di infermieri si iniettarono 25 cmc. senza gravi conseguenze (caso Boissard, caso Bayle). Delore consiglia la dose di un cmc. o un cmc. e mezzo e non vede la necessità di dosi più alte.

L'iniezione deve essere fatta nel tessuto cellulare sottocutaneo, nè troppo profonda, nè

troppo superficialmente. Si deve evitare il muscolo e il derma sotto pena di necrosi dolorose.

Come *sede*, la parete antero-laterale sinistra dell'addome pare la più indicata. Fochier indicava come punto di elezione, l'ipogastrio, a metà della verticale che unisce la spina iliaca anteriore superiore alle ultime coste.

Dopo l'iniezione si sviluppano le note locali della flogosi: *dolor, rubor, calor et tumor*, poi appare la fluttuazione più o meno evidente, più o meno estesa. L'inizio della reazione è dato dal dolore che iniziasi tra la 6ª e la 10ª ora ed ha il massimo tra la 36ª e la 48ª ora ed è l'inconveniente più grave del metodo.

Però le reazioni più dolorose sarebbero dovute all'avere iniettato una quantità di trementina superiore a un cmc.; nell'avere fatta la iniezione troppo profonda o per eccessiva sensibilità del paziente. In media 18 ore dopo si può dire se l'ascesso attecchisce o no: compare una infiltrazione, e verso il terzo giorno l'ascesso è tipicamente costituito. La reazione termica è in genere assai scarsa.

Talora l'ascesso attecchisce tardivamente, talora evolve in modo tiepido o freddo (Delore) senza dolore nè rossore. È raro che assuma andamento flemmonoso.

L'iniezione va ripetuta solo quando, l'infezione essendo grave, la prima iniezione non ha provocato reazione. Delore attende 24 ore e se allora non c'è ancora reazione netta, ripete l'iniezione di 1 cmc. e così di seguito per vari giorni. Un altro caso in cui occorre una reiniezione si ha quando si è aperto un ascesso maturo e l'infezione non ha ceduto: allora si deve provocare un altro ascesso, così detto di rimpiazzamento, ed è questa una condizione essenziale al successo del metodo nei casi gravi (Fochier).

L'incisione dell'ascesso deve essere tardiva, non prima dell'ottavo giorno, ma certo questa regola non può essere fissa. La cicatrizzazione è rapida, anche presso i vecchi e in quache giorno tutto è terminato.

Gli *accidenti* sono eccezionali con una tecnica corretta. Si può avere sfacelo e gangrena se non si resta con la iniezione strettamente nel tessuto sottocutaneo. I flemmoni diffusi derivano da mancanza di asepsi. Vi è un unico caso di Voron e Genet (*Lyon Méd.*, 1906) di apertura nel peritoneo di un ascesso della parete addominale.

Comby (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris* 1926) che ha fatto il processo all'ascesso da fissazione, lo chiama un metodo barbaro, e riporta perfino un caso di morte, ma la scuola di Lyone ritiene che ciò sia dovuto a dose eccessiva, ad incisione troppo ritardata, e fa notare come del resto questo caso è unico.

Le *controindicazioni* al metodo sono date dall'edema e dal diabete. L'età avanzata non è una controindicazione: così neppure l'età giovanile, sebbene alcuni autori lo pretendano (Campana e Codet-Boisse. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, maggio 1904).

Pehu e Pillon (*Lyon Méd.*, 1913 dicembre) invece accettano e raccomandano l'ascesso di fissazione in pediatria. In genere ci si deve attenere a dosi assai piccole: al disotto di due anni sarà prudente non sorpassare 1/4, 1/3 di cmc.; dai due ai cinque anni non si supererà il mezzo cmc.

Modo di azione dell'ascesso da trementina: è più esatto parlare di ascesso da trementina che non di ascesso di fissazione, perchè questa seconda denominazione coinvolge già una teoria sul modo di azione, mentre in verità questo non è affatto chiaro, nè pacifico. Le teorie sono assai numerose; vediamole:

1) *teoria della fissazione dei microbi delle tossine*, è la teoria di Fochier, ma è assai interessante ricordare che il pus di questi ascessi da trementina è sterile, cioè non vi si dimostrano germi nè con l'esame diretto, nè con le indagini culturali (Bauer, Carles, Durot, Béju ecc.) Fochier e Carles han risposto che ciò dipende dal fatto che i germi sono stati uccisi dalla trementina. Carles avrebbe dimostrato (*Thèse Bordeaux*, 1903) una vera fissazione di agenti chimici che si troverebbero nel pus dell'ascesso in concentrazione maggiore che nel fegato stesso. Di più l'ascesso da trementina realizzerebbe un vero salasso leucocitario sbarazzando così l'organismo dei veleni assorbiti dai globuli bianchi. Ma la teoria della fissazione non spiega tutto;

2) *teoria dell'assorbimento dell'essenza di trementina* considerata come un antisettico e un ossidante generale. Questo assorbimento è certo, ed è già svelato dopo poche ore dall'odore di viola assunto dalle urine. Le proprietà antisettiche ed ossidanti della trementina sono ben note. Questo metodo rientrerebbe nel campo della ossidoterapia. Se questa teoria fosse giusta si potrebbero e dovrebbero cercare altre vie di assorbimento;

3) *teoria della rivulsione*: ha scarsi sostenitori (Mauquat, Aruozou, Revilliod); ma è troppo poco assimilare questi ascessi a un setone o un vescicante;

4) *teoria della leucocitosi*: per Chauffard nei casi favorevoli si produce una intensa leucocitosi con polinucleosi; ma sebbene altri AA. siano di questa opinione, Delore (*Jour. de Méd. de Lyon*, n. 247, aprile 1930) ritiene che la polinucleosi non sia per nulla costante;

5) *teoria delle modificazioni umorali*: Feuillé (*Thèse de Paris*, 1909) fa notare come l'ascesso possa sottrarre in qualche giorno, diverse volte la quantità totale dei leucociti primitivamente in circolo. Questa leucolisi libera albumose, citoglobine, citasi, alexine ecc., che realizzano degli « chocs » più o meno silen-

ziosi come se si fossero fatte iniezioni di peptone: si tratterebe di una « leucocrasiterapia »;

6) *teoria della derivazione*: per es., nella polmonite si può ammettere che il processo sarà tanto meno esteso quanto minore sarà l'afflusso dei leucociti; l'ascesso da trementina agirebbe per derivazione leucocitaria. In conclusione si deve ritenere con Delore che il meccanismo di questa azione terapeutica è un complesso di cui i fattori ci sfuggono in massima parte.

Indicazioni della terapia con l'ascesso da fissazione: esso costituisce il trattamento eroico delle infezioni; qualunque infezione ne è giustiziabile, quando, per la sua gravità appare al disopra dei mezzi terapeutici usuali.

L'*infezione puerperale*, rappresenta la indicazione più nota; sebbene non tutti siamo d'accordo, è certo che si sono avuti dei casi di guarigione insperata. Invece nella peritonite e nella mania puerperale resterebbe inefficace.

Nell'*infezioni chirurgiche*: è indicato in tutte le setticemie strepto- e staffilococciche, specie nelle setticopiemie. Pic (*Rev. de Méd.*, ottobre 1911) lo consiglia come assai utile nella *eresipela*. Creya (*Jour. de Méd. de Bordeaux*, n. 9, 1926) ha avuto ottimi risultati in infezioni da streptococchi, enterococchi, e tetrageni. Sebbene Fochier disse che « pus non vale contro pus », Pic durante la guerra ebbe buoni risultati anche in feriti suppuranti.

Terson (*Soc. de Patol. Comparée*, 10 dic. 1918) lo usò come *ultima ratio* in oftalmologia umana, in casi di flemmone dell'occhio, oftalmie, iridocicliti gravi. In otologia ebbero buoni risultati Colladon (*Revue Méd. de la Suisse romande*, 1895) e Netter.

Questo mezzo di terapia fu tentato anche nelle *localizzazioni nervose delle infezioni* e precisamente nella encefalite epidemica e nella meningite cerebrospinale. Nella prima è indicato sopratutto nella fase acuta e nelle forme gravi, miocloniche. Netter scrisse che « i sintomi parkinsoniani sono molto più frequenti presso dei soggetti ai quali non è stata applicata questa terapia ».

Poco note sono le applicazioni del metodo *nelle malattie mentali*: Pascal e Davesne (Masson 1926, *Troit. des Mal. Mental. par le chocs*) avrebbero avuto dei buoni risultati in molte psicosi, si da considerarlo la medicazione per eccellenza di tutte le agitazioni essenziali e sintomatiche. Questi stessi AA. hanno ottenuto la cessazione delle crisi di stato di male epilettico e consigliano il metodo nelle *forme convulsive*.

De Fine Licht (*Paris Méd.*, 1917, p. 49) lo consiglia come attivante la diuresi, nelle nefriti acute, e Carles e Pic citano molti casi di albuminuria scomparsi in seguito ad ascesso da trementina.

Febbri esantematiche: l'ascessoterapia è indicata qui nelle forme maligne. Nelle forme ipertemiche od emorragiche del vaiolo; nella scarlattina, in cui agirebbe anche come profilattico della nefrite.

Nell'*infezione tifoide* si sono avuti anche degli interessanti successi ma non è certo la condotta ordinaria da seguire.

Perfino *nelle infezioni esotiche* è stato usato. Chauvin nel tipo esantematico (*Thèse Montpellier*, 1910) ha ottenuto coll'ascesso da trementina una percentuale dell'80 % di guarigioni in Algeria. Si può supporre (Delore) che esso dia utili effetti anche nella febbre gialla e nella peste polmonare.

Il metodo è stato tentato anche con risultati incoraggianti nelle *infezioni* le più *diverse*: endocardite gonococcica, reumatismo cerebrale, pseudoreumatismo infettivo, febbre di malta ecc...

Perfino nelle intossicazioni: Bezu infatti lo raccomanda nelle crisi acute e gravi di saturnismo ogni volta che i metodi classici hanno fallito.

Affezioni bronco polmonari: ma è qui che l'ascesso da trementina trova le indicazioni più numerose. Pic e Delore dicono che nella polmonite esso è indicato o dalla forma clinica a carattere setticemico, con assenza di defervescenza normale e con passaggio alla epatizzazione grigia, oppure dal terreno organico in cui si svolge il processo (alcolizzati, vecchi). Nelle broncopolmoniti essi invece provocano l'ascesso non appena sicuri della diagnosi.

Un altra importante indicazione è data dai casi di grippe grave.

Gli AA. avendo osservato per fino un caso di stato di male asmatico totalmente interrotto da un ascesso di fissazione pensano che anche in casi simili si debba tentare il metodo.

Non meno interessanti sono gli studi volti ad indagare la efficacia o l'effetto dell'ascesso da trementina *nella tubercolosi*: si può dire che sul decorso delle tubercolosi acute e subacute l'iniezione di trementina ha praticamente una azione nulla.

Nelle forme invece di tubercolosi polmonare cronica si sarebbe ottenuta una diminuzione passeggera della espettorazione.

È certo che si può intravvedere una azione derivativa che merita di essere forse esperimentata all'inizio delle *poussées* congestive evolutive.

Per terminare non si deve dimenticare che tutto il mondo medico riconosce: cioè il *valore prognostico* dell'ascesso di fissazione. Ogni volta che, malgrado la ripetizione delle iniezioni, non si forma l'ascesso, la prognosi si deve considerare come fatale. Se si sviluppa l'ascesso la guarigione non è certa, ma è tanto più probabile quanto più la reazione è pronta e il flemmone resta circoscritto bene.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Bologna.

Nota sul trattamento di malattie e ferite settiche.

Prof. GHERARDO FORNI.

Credo possa riuscire molto utile render nota l'esperienza da me fatta per circa sei mesi nella cura di oltre 70 malati di ferite e lesioni settiche mediante lo steridrolo, di produzione italiana, già favorevolmente usato per altri scopi dal prof. Ottolenghi, Direttore dell'Istituto di Igiene della R. Università di Bologna.

Lo steridrolo viene definito quale derivato di clorato della serie aromatica e di costituzione stabile. Contiene il 26 % di cloro ed a contatto dell'acqua e di piccole quantità di sali alcalini inorganici si scioglie formando acido ipocloroso, quindi cloro ed ossigeno allo stato nascente. Tenuto al riparo dell'umidità si conserva per tempo indeterminato in tubi o recipienti di vetro chiusi da tappo di sughero.

Trovasi in commercio o in forma di polvere bianca o di compresse da gr. 0,1 a gr. 1.

Sciogliendo gr. 5 di steridrolo in polvere al 20 % di cloro attivo in un litro di acqua, si ottiene una soluzione di cloro attivo all'1 ‰: qualche volta abbiamo adoperato la soluzione al mezzo per mille, cioè abbiamo sciolto cinque grammi di polvere in due litri di acqua. Tali soluzioni sono state adoperate per impacchi, per lavaggi e disinfezioni esterne, per imbizione di drenaggi, per detersione di cavità ascessuali e neoformate o di cavità preesistenti colpite da suppurazione (articolari, pleuriche, vescicale).

Le malattie curate mediante lo Steridrolo sono state in riassunto le seguenti.

Impacchi e disinfezioni esterne in otto casi di ferite lacero-contuse e piodermiti.

Drenaggi e lavande in trentotto casi di infiltrazioni, e raccolte purulente (ascessi del sottocutaneo e profondi favi della nuca, patereccì e flemmoni, linfoadeniti, cisti sebacee borsiti e bartolinite suppurate, ascessi paranali e fistole).

Infiammazioni acute dello scheletro: sette casi (mastoidite ed osteomielite acuta; pioartrosi).

Gangrena vascolare degli arti e da congelamento: cinque casi.

Infiammazioni purulente della pleura: tre casi (empiemi metapneumonici).

Malattie dell'apparato genito urinario: cinque casi (ipertrofia prostatica, orchite e pachivaginalite).

È ovvio che il trattamento mediante lo Steridrolo è sempre stato preceduto, accompagnato, seguito da cure locali chirurgiche (incisioni, svuotamenti, drenaggi, raschiamenti ed operazioni più complesse) atte a creare le condizioni fisiologiche migliori ed a promuovere così intense difese locali.

L'azione dello steridrolo si esplica efficacemente modificando il tessuto nel quale il germe ha iniziato il suo sviluppo e sulle pareti delle cavità contenenti il prodotto dell'infiammazione. Svolge quindi un'azione antibatterica in virtù degli elementi nei quali si scinde: cloro ed ossigeno allo stato nascente. Si sa infatti che il cloro, come gli altri alogeni, fluoro, bromo e iodio per la loro tendenza a combinarsi con idrogeno, riescono antisettici e che l'ossigeno è dotato di proprietà antitossiche. Come l'ossigeno dei tessuti costituisce un mezzo di difesa naturale contro i veleni, così i farmaci atti a liberare l'ossigeno in istato di attività e particolarmente lo Steridrolo, possono esercitare una azione analoga.

Il giudizio sereno che si può trarre dall'uso prolungato di tale preparato non può essere che sintetico dopo aver osservato e seguito, come è stato fatto, un buon numero di malati colpiti da forme morbose svariate per sede e tessuti; per quanto quasi tutte sostenute dai comuni piogeni, dal pneumococco, dal *bacterium coli*.

Ricerche batteriologiche eseguite su molti malati a scopo diagnostico hanno dimostrato spesso trattarsi di infezione pura, ma talvolta furono osservate infezioni miste.

Le osservazioni dal lato anatomico, così riassunte, hanno messo in evidenza una più rapida risoluzione dei processi infiammatori e detersione delle superfici purulente o necrotiche, un miglior aspetto del tessuto di granulazione, compatto, di color rosso vivo, scarsamente sanguinante, una accelerata riparazione e cicatrizzazione.

Le soluzione di steridrolo in varia concentrazione sono quindi da preferirsi per la rapidità e la semplicità della loro preparazione e perchè sono costanti nella loro azione, avendo un titolo determinato di cloro attivo, ed infine perchè sono ben tollerate ed innocue anche se adoperate per lungo tempo.

L'uso per impacchi e per lavande di ferite lo rende preferito agli altri antisettici comunemente adoperati non essendo irritante sulle parti vicine, nè avendo cattivo odore, nè macchiando la biancheria o la cute. Se la solu-

zione è adoperata calda, acquista azione calmante e favorisce aumentando la circolazione sanguigna della parte, la risoluzione del processo infiammatorio.

Nell'uso per lavaggi di cavità suppuranti, esercita un'efficace azione detersiva e stimola le proprietà riparatrici del tessuto di granulazione. Le superfici sierose e mucose infiammate risentono beneficamente dell'azione antibatterica e il periodo della malattia ne è abbreviato.

Concludendo, lo steridrolo è innocuo, antibatterico deodorante. Le superfici suppuranti da esso irrorate eliminano più rapidamente il prodotto dell'infiammazione e le granulazioni del tessuto di riparazione sono rosso vive, compatte e poco sanguinanti. Lo steridrolo infine costituisce un buon alleato nel trattamento delle ferite e delle malattie settiche e può sostituire con vantaggio le soluzioni antisettiche comuni e la soluzione a base di ipoclorito di Dakin-Carrel.

RIASSUNTO.

L'A., in base ad esperimenti clinici praticati su 66 ammalati di processi suppurativi, gangrene, favi, osteomielite, ecc., raccomanda l'uso dello steridrolo, antisettico nuovo, di produzione italiana.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Clinica Dermosifilopatica di Roma.
Direttore: Prof. P. L. Bosellini.

Su di un caso di pellagra.

Dott. Eugenio Tarantelli, assistente.

Al VI Congresso Nazionale Pellagrologico tenutosi a Venezia nel maggio 1922, alla vigilia di chiudere la crociata contro questa terribile malattia, con tanta fede intrapresa e con felici risultati condotta, il prof. Antonini così si esprimeva: « ma, per la scienza e per la pratica, sarebbe doloroso assistere ad un arresto dei lavori così bene avviati, di fronte alla circostanza che ormai la pellagra è vinta. Sarebbe rendersi indegni della vittoria ». E così si esprimeva Fiocco: « ... si può aggiungere che questa malattia scompare senza che si sia completamente sviscerato il quadro dei pellagrodermi e specialmente senza che si conosca sufficientemente l'anatomia patologica delle lesioni cutanee ».

Non deve perciò apparire strano se oggi io torno su questa malattia; un caso occorso nella nostra Clinica me ne offre occasione, anche per alcune strane particolarità d'insorgenza.

Caso. — Padre vivente, ha avuto pleurite nella giovinezza; da qualche anno soffre di diarrea all'inizio della primavera; non ha sofferto mai di eritemi come la paziente, nè presenta pigmentazioni o atrofie nelle sedi più frequentemente colpite dalla pellagra. A dire della paziente una zia paterna ha sofferto la stessa forma morbosa: « arrossamenti e spelature sul dorso delle mani e sulla faccia », diarrea in alcuni periodi.

La madre è vivente e gode ottima salute; non ha mai avuto disturbi gastro-enterici: ha avuto un aborto e 10 gravidanze a termine. Dei figli tre sono morti: uno a 4 anni, di tifo; altre due sono morte a 3 mesi e a 5 mesi con convulsioni. I morti sono della 3ª, 4ª e 6ª gravidanza. Sette figli sono viventi: hanno l'aspetto molto florido, viso congesto; non soffrono di disturbi intestinali, nè di disturbi mentali.

La paziente è nata a termine da parto eutocico nella provincia di Ancona; nel 1916 con tutta la famiglia si è trasferita nell'attuale dimora.

Rosalia all'infanzia e frequenti vertigini, con accentuata astenia. Mestruata a 16 anni, il flusso mestruale è continuato sempre irregolare, ha avuto delle mancanze mestruali anche di due anni, nei periodi migliori le mestruazioni si presentavano ogni 2-3 mesi; la durata è stata sempre scarsa (al massimo un giorno).

A 24 anni contrasse matrimonio con uomo sano; ha avuto due gravidanze a termine; i figli sono viventi e d'aspetto non troppo florido. Durante il periodo coniugale le mestruazioni sono state egualmente irregolari.

La p. riferisce che anche nella seconda infanzia soffriva di vertigini ed astenia, aggiunge inoltre che non di rado, in quell'epoca, andando a far legna in un bosco, per la stanchezza cadeva a terra ed era costretta, per rialzarsi, a chiedere aiuto.

Durante la sua permanenza nella Marche si nutrì quasi esclusivamente di mais, mai mangiò carne.

Trasferitasi nella provincia di Roma non mangiò più mais ed ebbe una alimentazine sempre varia, abbondante e ricca (carne, uova, frutta, pane bianco), tanto che le condizioni generali divennero buone, mangiava con appetito, non sentiva stanchezza, nè avvertiva vertigini. Mai ha abusato di vino, saltuariamente ha bevuto pochissimo vino durante i pasti.

Nel marzo del 1929, dedicandosi alla cultura delle viti, fu colpita da un eritema sul dorso delle mani, sul collo dei piedi (andava scalza), e sul collo: non ebbe febbre nè diarrea e la dermatosi scomparve dopo circa un mese, nonostante ch'ella seguitasse ad esporsi ai raggi del sole.

Quando fu colpita da questo eritema da quattro mesi non aveva il flusso mestruale; e la scomparsa della dermatosi coincise col ritorno delle mestruazioni. L'inverno successivo trascorse in buone condizioni. Circa un mese prima che fosse accolta in Clinica, la dermatosi ricomparve colpendo però anche la faccia, risparmiando invece i piedi, poichè questa volta ella andava al lavoro con i piedi calzati: la recidiva coincise con la ripresa dei suoi lavori campestri al sole.

In questa recidiva però la p. oltre che dalle manifestazioni cutanee, fu colpita anche da gravi disturbi generali, consistenti: in periodi diarroici

alternantisi con stipsi, anoressia, nausea, vomito, astenia intensa agli arti inferiori con nevrite dei medesimi, disturbi della visione e neuropsichici (melanconia, depressione, irritabilità).

Per tali disturbi mai avvertiti credette bene farsi ricoverare in Clinica (11-3-930).

E. O. Temperatura febbrile al momento dell'esame. Costituzione scheletrica regolare, masse muscolari ben sviluppate, pannicolo adiposo ben conservato.

Cute: colorito della cute, nelle parti sane, bruno pallido. Tanto sul viso, a guisa di maschera, che sul collo, a guisa di collare, si nota una zona di un colore rosso vivo, i cui limiti non sono troppo netti; sul limite eritematoso delle regioni zigomatiche, immediatamente al di sotto delle palpebre, si nota un lieve stato di pigmentazione bruna.

Anche sul dorso delle mani e sulla faccia estensoria degli avambracci si nota lo stesso stato eritematoso intenso; sul dorso delle mani però



questa condizione poggia su una cute leggermente atrofica, si notano punti desquamanti o con tendenza alla vescicolazione, qualche ragade superficiale (vedi figura).

Mucose: lingua leggermente disepitelizzata sui bordi, ma non eccessivamente arrossata; gengive tumide, rosse, facilmente sanguinanti. Nulla a carico della mucosa vulvo-vaginale.

Sistema gangliare: micropoliadenopatia inguino-crurale.

Torace: simmetrico, le basi polmonari si espandono egualmente bene, nulla si riscontra alla percussione ed all'ascoltazione a carico dei polmoni. Cuore nei limiti della norma, ritmico, soffio sistolico dolce sulla base del cuore, non riferibile a lesioni valvolari. Pressione omerale massima 140, minima 105.

Addome: poco trattabile, indolente, meteorico. Milza e fegato nei limiti normali.

Sistema nervoso: espressione triste, tendenza al pianto, intelligenza mediocre. Nessun disturbo esiste a carico delle sensibilità, pupille eguali, bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Riflessi tendinei presenti, eguali, molto vivaci.

Esame radiologico: del torace e del tubo gastro-enterico risulta negativo.

Urine: quantità nelle 24 ore cmc. 400, densità a 15° C. 1022, colore giallo aranciato, reazione acida, albumina tracce, glucosio assente.

Urea: 8,2 %, acido urico: 8 %, cloruri 8,7 %, pigmenti biliari assenti.

Urobilina presente in gran quantità, sali biliari piuttosto abbondanti, *indossile* abbondante, acetone assente, sangue assente, emoglobina assente, ematoporfirina assente. Nel sedimento: numerosissimi leucociti, parecchi epiteli delle vie basse urinarie, abbondanti urati amorfi.

Esame delle feci: reazione acida, assenza di amebe. Culture in terreni vari mostrano oltre i comuni germi (stafilococco aureo e bianco) in scarsa quantità, abbondanza straordinaria di un coccobacillo, gram-negativo, che non fa virare i terreni tornasolati, non agglutinato dai sieri antidissenterici, incapace di dare dissenteria al coniglio. Oltre a questo bacillo si riscontra in grande abbondanza un fungo del gruppo monilia. Il siero della paziente non agglutina nè il bacillo nè la monilia.

Sangue: globuli rossi: 5.200.000, globuli bianchi 6000.

Emoglobina: 64 al Fleischl. Valore globulare: 0,61. Formula: polinucleati neutrofili 50 %, eosinofili 12 %, basofili 0 %, linfociti 33 %, monociti 5 per cento.

Glicemia: 0,83 %; azotemia: 0,26 %; uricemia 3,49; colesterinemia 1,05 %.

Reazione di Wassermann e Meinicke: negative.

Prove per la funzionalità epatica: funzione glicogenetica: normale; funzione proteopessica: positiva.

Prove farmacodinamiche: a) adrenalina (1 mmgr.) per via ipodermica e gr. 100 di zucchero: aumento della frequenza del polso (da 67 a 105 dopo 1 ora), diminuzione della pressione massima (da 140 a 125 dopo 40') R. O. C. = — 6 (dopo 40'), brivido intenso dopo 40'. Assente la glicosuria adrenalinica.

b) *Pilocarpina* (1 cgr.), zucchero gr. 100; polso immutato, pressione massima e minima immutate, R. O. C. = — 6 (dopo 40'), lieve salivazione, assenza di sudorazione ed eritema cutaneo. Zucchero assente.

c) *Atropina* (1 mmgr.): aumento del polso da 70 a 100 (dopo 1 ora), nessuna variazione della pressione, R. O. C. = + 4, notevole secchezza fauci già dopo 20', nessuna variazione delle pupille.

Saggi endocrini:

Prova tiroide: iniezione di 1 cmc. di endotiroidina (I. S. M.).

Nessuna variazione del polso, nessuna variazione della pressione, R. O. C. = — 2.

Prova dell'ipofisi: iniez. di 2 cmc. di endo-ipofisina (I. S. M.).

Lievissima diminuzione del polso, nessuna variazione della pressione, R. O. C. = + 2.

Cutireazione e intradermoreazione alla tubercolina negative.

Cutireazione con caseina, gliadina, zeina e albumina della carne negative.

La sensibilità della cute rispetto ai *raggi ultravioletti* studiata con dosi scalari sia su zone sane (coscia), come su zone malate (dorso delle mani), comparativamente ad un soggetto normale ed uno affetto di xeroderma pigmentoso, non ha mostrato maggior sensibilità della cute (sana o malata) della paziente. Il sangue della paziente (5 cmc.) non sensibilizza il topolino bianco ai raggi ultravioletti.

Biopsia: un tratto di cute del dorso della mano, prelevato quando lo stato acuto era già trascorso, diede il seguente quadro istologico: lo

strato corneo presenta una certa basofilia, ed è ipercheratosico con paracheratosi; *lo strato lucido* si presenta di aspetto normale; *lo strato granuloso* si presenta ispessito ed i suoi elementi sono addossati gli uni agli altri ricchi di granuli.

Il derma: non presenta alterazioni notevoli, i piccoli vasi del derma superficiale si presentano leggermente dilatati con pareti ispessite e proliferazione dell'endotelio. Le stesse alterazioni vasali si riscontrano nel derma medio. Nulla si riscontra a carico delle ghiandole sudoripare. Il tessuto elastico nel derma superficiale si presenta povero, con fibre assottigliate e in qualche punto discontinue. Il tessuto connettivo si presenta compatto e con sparsi accumuli linfocitari.

Diario: durante un primo periodo di osservazione e senza alcuna cura generale o locale, i pellagrodermi scomparvero spontaneamente. I disturbi a carico del tubo gastro-enterico (diarrea, anoressia), l'astenia intensa, le nevriti e i disturbi di ordine nervoso rimasero immutati.

Allo scopo di vedere se la p., nell'eventualità di un ritorno mestruale, avesse migliorato nelle condizioni generali, furono somministrati preparati ovarici, ma questi rimasero senza effetto sia sulle manifestazioni generali suddette, che sulle funzioni mestruali. I dolori nevritici invece si accentuarono e con essi anche lo stato di abbattimento e la diarrea. In seguito a somministrazione di qualche limone (un solo giorno), la diarrea scomparve; dopo qualche giorno cominciò a tornare l'appetito, e in breve migliorò notevolmente in seguito ad iniezione di glicerofosfato-arsenico ed alimentazione ricca in carne. Rimasero solo i dolori nevritici agli arti inferiori, per cui ella volle uscire dalla Clinica.

Nel maggio, dopo circa due mesi, le condizioni generali erano ancora migliorate, erano scomparsi i dolori nevritici, ricomparvero le mestruazioni che da molto tempo mancavano.

La sindrome clinica testè esposta, costituisce un insieme completamente riportabile al quadro della pellagra vera: eritema simmetrico delle parti scoperte (maschera, guanto e colletto) con ipercheratosi, desquamazione, ragadi e in qualche punto accenno alla sollevazione epidermica, turbe intestinali con gengivite, inappetenza, nausea e diarrea profusa, turbe nevrose (nevrite arti inferiori), turbe psichiche (depressione, impressionabilità).

Non è mio intento riprendere qui in discussione le tante teorie affacciate oggi sulla pellagra: ai fini di una più facile comprensione della oscurità che fino ad oggi regna su questa malattia e per una più facile discussione del caso, ricorderò solamente le teorie più accreditate: la teoria maidica che poggia sugli studi classici dello Strambio, Lussana e Albertoni, la teoria tossicozeista bandita per opera di Lombroso; la teoria parassitaria, sostenuta da Ceni (aspergillo), Tizzone (streptobacillo), Sambon (protozoo), Long (ameba), la teoria idrica sostenuta da Alessandrini e Scala (silice colloidale), infine la teoria vitaminica (Funk).

Il caso è interessante, non per il quadro pellagroso in se stesso, ma perchè male si accorda con le varie teorie su cui oggi si basa tutta l'etiopatogenesi della pellagra. Infatti, sulla scorta di quanto la storia clinica ci dice, noi non possiamo invocare la *teoria maidica* nè la tossicozeista, ambedue legate al mais, poichè, sebbene la p. abbia mangiato mais fino a 14 anni fa, non si spiega come la malattia sia insorta così tardivamente, quando ella non mangiava più mais e per giunta in un momento in cui, al contrario, si nutriva di una alimentazione sana, variata ed abbondante, e non si verificavano quindi le condizioni di miseria che per lo più accompagnano l'insorgenza della pellagra da mais.

Per quanto riguarda la *teoria parassitaria*, sebbene non abbia espletato apposite ricerche su questo campo, tuttavia in quelle fatte sul sangue (emocultura) e sulle feci, non fu riscontrato alcuno dei parassiti da altri descritti (aspergillo, ameba, ecc.), ad eccezione di una monilia e di un bacillo non bene identificati perchè, per giunta, non agglutinavano il siero della paziente.

Ma indipendentemente da questi risultati, il fatto che nessun caso di pellagra è stato riscontrato, da quanto mi risulta, nella stessa zona di domicilio nè tra i famigliari, era sufficiente ad escludere si trattasse di una qualunque forma parassitaria, ragione per cui non ritenni strettamente necessario fare delle rigorose e complete ricerche che il caso poteva richiedere.

L'assenza di altri casi nella zona della nostra malata, e sopratutto nella famiglia, escludono senz'altro la *teoria idrica*. Altrettanto possiamo dire per quanto riguarda la *teoria vitaminica* in quanto nella nostra p. non esistono condizioni di carenza alimentare tali da far supporre la mancanza di vitamine nell'alimentazione quotidiana.

In questi ultimi anni (1922), a corollario delle incerte e varie teorie suaccennate, Nicolas, Massia, Jambon ed altri hanno avanzato l'ipotesi di *una insufficienza alimentare*. A me pare che anche questa ultima spiegazione non trovi conferma nel mio caso, anzi proprio quando la p. passò ad un'alimentazione ricca e varia, si ebbe l'esplosione della malattia.

La guerra a tale riguardo ci fornisce una prova sperimentale di somma importanza; nei classici esempi di miseria organica legata principalmente al *deficit* alimentare non si è mai vista la pellagra, nè se ne sono mai constatati tra i reduci dalla prigionia.

Non possiamo pensare ad una *pellagra alcoolica* perchè manca completamente il fattore principale, nè infine possiamo ravvicinare il nostro caso a quelli descritti da Cruchtfield, secondari ad altre malattie (*pellagra secondaria*), perchè la p. non ebbe alcun'altra malattia prima dell'attuale, anzi, a suo dire, questo fu il periodo più florido della sua vita ed i sintomi veri della pellagra (turbe nervose e gastro-intestinali) comparvero un anno dopo le lesioni cutanee: la loro prima comparsa si ebbe nella primavera dell'anno 1929.

Le alterazioni endocrine, da alcuni primieramente invocate nella pellagra e che nella nostra p. potrebbero essere messe in discussione, fanno parte del quadro sintomatologico della malattia e non ne possono essere la causa poichè, a parte il fatto che le endocrinopatie riconoscono per lo più fattori tossi-infettivi, la somministrazione di preparati ovarici non diede alcun miglioramento, nè si spiegherebbe perchè la sindrome non sia comparsa prima (pubertà), quando cioè di già esistevano le condizioni discriniche e la p. viveva in condizioni di vera miseria.

Sicchè il nostro caso presenta un interesse particolare; ciò che mi ha indotto a farne oggetto di studio, appunto perchè l'insorgere della malattia contrasta con tutti i momenti etiopatogenetici che oggi si invocano a spiegare questa varia e complessa sindrome della patologia umana.

Non intendo inoltrarmi in ipotesi sul *primum movens* che ha determinato la sindrome in oggetto perchè sfuggono gli elementi di convalida; un solo fatto risulta dalla storia clinica, ossia l'insufficienza epatica.

Difatti la nostra p. presentava al momento dell'esame abbondante quantità di urobilina, indossile, e sali biliari nelle urine, la prova della emoclasia digestiva nettamente positiva, segni questi di una alterata funzionalità epatica.

Non è improbabile quindi che l'insorgenza della malattia sia legata alla insufficienza del fegato, tanto più che in questi ultimi tempi sono stati descritti numerosi casi di pellagra da alcool, presumibilmente per lesioni epatiche; è ben nota, infatti l'influenza dannosa dell'alcool su questo organo.

Ammesso che nella nostra ammalata il momento principale sia stata la lesione epatica, cerchiamo di spiegarci con quale meccanismo si sia avuta l'esplosione delle manifestazioni cutanee.

Perchè queste possano trovare una spiegazione, bisognerà che noi ci rivolgiamo a quadri morbosi che si presentano con modalità pressochè identica e nei quali il fattore luce, raggi solari o trauma non sono forse estranei.

E' noto infatti che le manifestazioni cutanee si presentino nei pellagrosi con l'esposizione di essi ai primi raggi solari (i pellagrodermi delle parti riparate dal sole sono molto rari); perchè però esse si producano occorre una dose sufficiente su cute non assuefatta: infatti esse si producono quasi sempre dopo l'inverno e quasi mai alla prima e sola esposizione, a meno che questa non sia a dose sufficiente.

Trascorso il periodo acuto esse mostrano possedere una fase in cui non sono suscettibili ai raggi del sole.

Ebbene, questa insorgenza acuta dei pellagrodermi e l'essere essi legati quasi sempre ai raggi solari, la presenza di una fase in cui la cute dei pellagrosi non è suscettibile ai raggi solari, mi fanno ravvicinare i pellagrodermi alla pellagra alcoolica, alla pellagra secondaria, alla fotodermatite, a qualche dermite medicamentosa, ma in special modo all'hydroa vacciniforme nella quale inoltre possono riscontrarsi fatti degenerativi del tipo della pellagra a carico delle cellule malpighiane, dei fasci collageni e delle fibre elastiche, che spesso si riducono a fini fibrille fino a completa scomparsa.

A parte il momento etiologico vario di questi stati morbosi, essi si producono tutti per il concorso di due fattori: i raggi solari (le parti colpite sono proprio quelle direttamente soggette ai raggi del sole) e una sostanza sensibilizzante la cui natura per lo più ci sfugge.

Per l'hydroa vacciniforme, nella quale è noto possono manifestarsi solo eritemi diffusi sulle parti scoperte con stato edematoso più o meno accentuato, è dimostrata l'importanza dell'ematoporfirina quale fattore sensibilizzante. Konigsdorffen ha accertato la presenza di finissimi granuli di porfirina sotto lo strato basale dell'epidermide, nelle cellule del corion; e la presenza di ematoporfirina in questi soggetti è molto frequente.

Per la pellagra alcoolica dove si ripete un aspetto clinico pressochè eguale a quello del pellagroderma, non è improbabile che intervengano sostanze tossiche sensibilizzanti prodottesi per lesioni del fegato (così precocemente colpito dall'alcool), o pigmenti anormali prodotti dallo stesso fegato a funzionalità imperfetta e resi più attivi dall'azione solubile dell'alcool (l'alcool costituisce secondo Ferrer un importante fattore etiologico anche della vera pellagra).

Nel Cuba dove sono frequentissime dette forme, esse sono proprie di individui dediti

all'alcool (Pardo-Castello), lo stesso si verifica negli Stati Uniti (Cannon) e in altri centri dell'America del Nord. Quante volte poi questa forma non vada imputata a pigmenti sensibilizzanti contenuti in vini più o meno genuini è difficile poter precisare!...

Accanto a queste manifestazioni pellagroidi da alcool vanno ricordate le forme di *Pellagra cosidetta secondaria*, ampiamente illustrata da Earl Crutchfield, recentemente, su uno studio di numerosi casi. Questo autore, su 109 casi esaminati, riscontrò che il 74 % circa avevano storia di gastro-enterite, colite, sifilide, alcoolismo o carcinoma, il 6 % avevano ostruzione gastrica, il 16 % malattie pelviche, il 4 % restringimento rettale o cancro del retto. In base a queste sue osservazioni l'A. rileva che la pellagra è secondaria a lesioni del tubo gastro-enterico, e che per queste lesioni si producono sostanze (tossiche) sensibilizzanti la cute.

L'influenza delle tossine nell'estrinsecarsi della sindrome pellagrosa è illustrata dai seguenti casi: una donna con tutti i sintomi cardinali della pellagra non migliorò affatto con dieta appropriata, l'autopsia svelò un grande cancro del cieco; altro esempio simile fu visto in un caso con un cancro della prostata, però asportato il tumore le manifestazioni a carico della cute scomparvero; in un altro caso affetto da fibromioma pelvico e nel quale le manifestazioni resistevano alla dieta preoperatoria queste invece cedettero dopo l'asportazione del tumore, in un altro infine in cui le manifestazioni non erano scomparse con la dieta ospedaliera esse scomparvero dopo l'evacuazione di un ascesso pelvico.

Tutte queste interessanti osservazioni ed altre ancora riferite da O' Leary ed altri, stanno a dimostrare che in questi focolai si producono delle sostanze che rendono la pelle sensibile non solo alla luce (Sutton, O' Leary, Oliver, Ormby) ha anche a traumi o irritazioni (Crutchfield). Quest'ultimo A. fa notare, che traumi di varia specie giuocano probabilmente una parte più importante che l'azione fotodinamica nella produzione delle manifestazioni cutanee; a sostegno di ciò ricorda le manifestazioni cutanee del dorso, gomito, sacro e malleoli indipendentemente dalla luce.

Secondo O' Leary anche la *fotodermatite* è una forma allergica e si sviluppa in diretto rapporto con l'esposizione al sole e con l'amebiasi intestinale, la quale, probabilmente, sarebbe la causa della ipersensibilità cutanea.

Infine non vi è dubbio che oltre alle suddette forme anche alcuni eritemi polimorfi ed alcune eruzioni medicamentose insorgano per uno stato di sensibilizzazione tossica su regioni colpite dal sole e da altri agenti dannosi riconoscendo così uno stesso meccanismo patogenetico.

Se è dimostrato quindi che le porfirine posseggano speciali proprietà sensibilizzanti, che eguali proprietà spettano alle tossine batteriche (pellagra secondaria) ed altri veleni (pellagra alcoolica), non è improbabile che altri pigmenti (pigmenti biliari, uroeritrina, urobilina) possano comportarsi in modo perfettamente identico, sia ai raggi solari (Radaelli) che ai traumi (Crutchfield), astraendosi dal fatto se la parte scatenante spetti ai raggi ultravioletti (secondo la maggioranza degli AA.) o ai raggi calorifici (Sparacio, Buquicchio). Nel nostro caso per l'appunto esisteva grande quantità di urobilina e di indossile nelle urine alle quali probabilmente deve attribuirsi una parte importante.

Come è noto il gruppo delle urobiline è tutt'altro che definito dal punto di vista chimico; sappiamo di certo che fra queste ne esiste una cromogena alla quale potrebbe attribuirsi l'azione sensibilizzante già sospettata dal Radaelli; d'altro canto non si può escludere che anche l'indossile, chimicamente affine ai fenoli possegga capacità sensibilizzanti già ammessa per i fenoli in seguito agli studi di Gosio, nella pellagra, sull'acido penicillico.

Ricordando queste varie forme, che clinicamente presentano una certa identità patogenetica io non vorrei lasciare l'impressione che o per mancata comprensione del quadro clinico dermatologico della pellagra o per amore alla semplificazione nosologica io abbia inteso identificare tra di loro questi o alcuni dei quadri morbosi suddetti; la questione fu ampiamente trattata da Strambio, Blasko, Merk, Sturli e Fiocco a proposito di manifestazioni cutanee pseudo-pellagroidi e specialmente di quelle che si riscontrano in alcoolizzati o cachettici. A me interessa solo mettere in rilievo come, a somiglianza di quanto si verifica in altre dermatosi, anche nei pellagrodermi vada ricercata una sensibilizzazione cutanea e precisamente una fotosensibilizzazione (piuttosto che una sensibilizzazione ai traumi), senza però che questa sia in diretto rapporto con il pigmento del mais come ritennero Roubitschek, Horbaczewski e Lobe ma con pigmento o tossine prodotte da organi interni alterati (fegato in prima linea).

Prima di terminare il mio lavoro mi si consenta fare qualche considerazione su alcune vedute di autori stranieri che si sono occupati della questione (Nicolas, Massia, Du Pasquier, Janaton). Questi autori prescindendo da ogni

momento etiologico intendono riunire in un sol gruppo clinico la pellagra vera, malattia endemica-epidemica, legata all'alimentazione maidica con stati morbosi vari a carattere pellagroso riscontrabili in cachettici, alcoolizzati o individui in preda a intossicazioni di altro genere.

Io penso invece che sia doveroso da parte nostra non correre troppo facilmente verso la semplificazione: la storia di alcuni gruppi morbosi ci insegna come da un gruppo clinico a tutta prima omogeneo spesso si siano andate successivamente separando altre forme morbose a sè. Nel caso delle cosidette sindrome pellagrose, a parte l'etiologia varia dei quadri morbosi in esse raccolti (alcool, tossi-infezione ecc.) che già costituisce un fattore importante per la loro differenziazione, esistono un complesso di fattori secondari che non vanno trascurati. Limitandoci al campo delle manifestazioni cutanee ad es. manca nei pseudo-pellagrodermi la speciale cheratosi intensamente pigmentata, e le lesioni eritematose ed eritemato-pigmentarie si riscontrano molto più facilmente nelle regioni non esposte all'influenza attinica (organi genitali, faccia interna coscie, ascelle) o ai traumi (dorso, gomito, sacro, malleoli), quasi mai colpite nella pellagra vera.

Una differenziazione è possibile anche istologicamente poichè a mano a mano che il pellagroderma si avvia verso il periodo atrofico-anelastico si vedono comparire e accentuarsi sempre più i fatti degenerativi del tessuto collageno ed elastico, mentre nei pseudopellagrodermi col procedere del processo verso la risoluzione si vedono scomparire i fatti di infiammazione acuta, di edema dei tessuti, e di infiltrazione leucocitaria senza che il connettivo e il tessuto elastico presentino speciali degenerazioni: cosicchè qui si assiste ad una quasi (qualche focolaio di pigmentazione anormale) *restitutio ad integrum* del tessuto (Fiocco).

Concludendo: il nostro caso presenta un certo interesse in quanto l'insorgenza della malattia contrasta con tutti i momenti etiopatogenetici che oggi si invocano a spiegare il complesso quadro della pellagra.

Sebbene il momento etiologico sia differente (alcool, mais, ematoporfirina, tossine batteriche ecc.), tanto nella pellagra vera che in altre dermatosi (hydroa vacciniforme, intossicazione etilica, batterica ecc.) l'esplosione delle manifestazioni cutanee riconosce uno stesso meccanismo patogenetico nella sensibilizzazione.

Non si può escludere che la sensibilizzazione cutanea si possa avere tanto per le tossine batteriche (pellagra secondaria) che per veleni o pigmenti (urobilina, uroeritrina, pigmenti biliari) prodottisi a causa dell'alterata funzionalità degli organi colpiti.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di pellagra che per il suo modo d'insorgere contrasta con tutti i momenti etiopatogenetici che oggi s'invocano a spiegare il complesso quadro della pellagra.

In base ad evidenti alterazioni epatiche avanza l'ipotesi si possa invocare una sensibilizzazione da pigmenti o tossine prodottesi per insufficienza dell'organo suddetto.

L'A. cerca di suffragare la sua ipotesi appoggiandosi ai momenti etiologici invocati in altre dermatosi a base allergica.

LETTERATURA.

Albertoni e Tullio. Policlin., Sez. Med., p. 493, 1927.
Cannon. Arch. of. Derm. and siphil., 1928, pag. 605.
Carle. Ibid., 1928, pag. 907.
Earl Crutchfield. Ibid., 1928, pag. 650.
Ferrer. Ibid., 1929, pag. 823.
Gosio. VI Congresso Pellagrologico, Venezia, 29-30 maggio 1922.
Nicolas, Massia, Dupasquier. Ann. de Derm. et syphilog., 1922, fasc. I.
O' Leary. Arch. of. Derm. and siphil., 1927, pagina 107.
Oliver e Finnerud. Ibid., 1928, pag. 117.
Pardo-Castello. Ibid., 1929, pag. 823.
Paladino. Arch. di farm. sperim. Anno XI, 1907.
Piccinini. VI Congresso Pellagrologico. Venezia, 29-30 maggio 1922.
Sereni. Riv. Sper. di freniatria, fasc. I, 1907.
Sturli. III Congresso Nazionale, Trieste, maggio, 1920.
Susman. Arch. of Derm. and siphil., 1928, pagina 117.
Sutton. Ibid., 1927, pag. 327.
Weidmann. Ibid., 1928, pag. 728, 1927, pag. 497

COMMENTI.

Sul metodo delle iniezioni intra-arteriose di argento colloidale in casi di flemmone

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO
chirurgo aiuto degli Ospedali di Roma.

Generalmente il giudizio sull'azione terapeutica di un rimedio, comunque introdotto in casi di infezioni acute di cui il decorso può essere variabile e risente di quella « vis naturae medicatrix » che noi spesso dimentichiamo di valutare, è, fra quanti il medico può emettere, indubbiamente uno dei più difficili e non di rado il meno obbiettivo.

La psicologia poi di chi, avendo per primo esperimentato in patologia umana un nuovo metodo terapeutico, ne ottiene al primo caso un risultato brillante è di certo diversa della psicologia di colui il quale, con obbiettività, ripete l'esperimento per controllo.

Ond'è che non fa meraviglia, se nel caso che ci interessa, io, per un senso di sincerità scientifica, posi dei dubbi e delle riserve, là dove il collega Bonoli non aveva che espresso entusiasmo.

Scrivendo dell'insuccesso avuto nel mio caso di flemmone della mano col metodo della iniezione intra-arteriosa di argento colloidale, non ammisi senz'altro di avere adoperato il metodo in uno stadio del flemmone non perfettamente infiltrativo, come, forse per comodità di polemica, vorrebbe credere il dott. Bonoli. Accennai solo alla possibilità che un tale rimprovero (ed era l'unico!) poteva essermi fatto, pure essendo intervenuto precocemente e quando clinicamente ancora non vi era indizio di formazione di pus, per affermare che se il metodo agisce solo nel primo stadio, della cosidetta infiltrazione del flemmone, praticamente molta limitazione ne viene al suo uso, per il fatto che i veri flemmoni, che volgono a suppurazione, dimostrano una tendenza precoce alla fusione necrotico-purulenta del sottocutaneo, e quindi presentano una condizione anatomo-patologica destinata al fallimento del metodo.

Quanto alle ipotesi da me formulate sull'azione che può eventualmente esplicare l'introduzione dell'argento colloidale per la via arteriosa, e che il dott. Bonoli ha voluto discutere, non è il caso di soffermarsi ulteriormente.

Le ipotesi e i ragionamenti connessi possono rappresentare un più o meno utile esercizio dello spirito, ma solo i fatti ben constatati e vagliati nella nostra disciplina contano e costituiscono i cardini della verità scientifica.

Ora tali fatti auguro che il collega Bonoli ci presenti con una serie di casi di flemmoni trattati brillantemente col suo metodo, e allora ritornerò ben volontieri sopra il mio giudizio scettico al riguardo.

SUNTI E RASSEGNE.

VASI SANGUIGNI.

L'aortite sifilitica.

(E. LESCHKE. *Proc. of the Royal Soc. of med.*, maggio 1930).

L'aumento della frequenza e delle morti per aortite sifilitica verificatosi negli ultimi due decenni è non soltanto un problema scientifico interessante, ma anche una questione di alta importanza per la lotta contro la sifilide e la salute della popolazione. All'ospedale della « Charité » di Berlino, dove si eseguono in media 1400 autopsie all'anno, vi furono 75 casi di aortite sifilitica nel quinquennio 1905-1909, ve ne furono 230 nel quinquennio 1920-1924 e 265 nel 1925-1929).

Dalle osservazioni statistiche complessive dei diversi paesi, risulta che l'aortite sifilitica è aumentata notevolmente dal 1910, nella stessa proporzione che gli aneurismi. Si è voluto mettere tale fatto in rapporto con la cura salvarsanica della sifilide, ma si osserva che l'aumento in questione data da un tempo antecedente al trattamento salvarsanico.

Che il trattamento arsenobenzolico precoce ed intensivo della sifilide non sia responsabile dell'aumento dell'aortite, lo dimostra anche la statistica personale dell'A., in cui l'80 % non aveva avuto affatto cure salvarsaniche ed il 19 % le aveva avute tardive e scarse. Nel 39 % i suoi pazienti ignoravano la loro sifilide. La stessa proporzione si trova nelle statistiche dell'Ospedale della « Charité ».

La causa reale dell'aumento della sifilide vasale ci è ignota quanto la preferenza che ha tale malattia per l'aorta toracica anzichè per quella addominale. Probabilmente il maggior lavoro che ora si richiede dai vasi sanguigni nella vita e nel lavoro odierno, entra in parte in questo aumento. Ciò spiega anche la maggior proporzione nel senso femminile (sette volte meno che nel maschile), mentre la frequenza dell'infezione offre scarse differenze.

L'invasione delle pareti vasali da parte delle spirochete ha luogo fin dai primi stadi della sifilide. I risultati di autopsia dimostrano che l'aortite sifilitica iniziale può aversi in individui ancora sotto trattamento dell'ulcera primitiva o dentro i primi due anni dall'infezione.

In molti casi, l'aortite sifilitica si accom-

pagna all'infezione del sistema nervoso centrale; nella metà dei casi di tabe ed un terzo di quelli di demenza paralitica e di sifilide cerebro-spinale, si aveva aortite sifilitica. Nei casi dell'A. di aortite sifilitica, vi aveva nel 40 % partecipazione anche del sistema nervoso centrale.

L'età dei pazienti variava da 24 a 76 anni; il 75 % era fra 40 e 60. L'intervallo fra l'infezione e la comparsa dell'aortite, a prescindere dal 39 % che ignorava la propria sifilide, era di 6 a 40 anni, in media 22. Nel 62-69 % dei casi la Wassermann era positiva nel sangue; negli altri era positiva nel liquor, oppure la reazione dell'oro colloidale dava la conferma sierologica della diagnosi.

SINTOMATOLOGIA.

Nei casi osservati dall'A. si avevano i seguenti dati:

Pressione del sangue: sotto 100, 3 %; fino a 130, 47 %; fino a 150, 26 %; fino a 180, 16 %; fino a 200, 6 %; fino a 220, 2 %.

Complicazioni: dilatazione cardiaca 65 %; disturbi circolatori 53 %; dispnea 83 %; asma cardiaco grave 48 %; fibrillazione auricolare 32 %; blocco cardiaco 2 %; rigurgito aortico 26 %; angina pectoris 15 %; sintomi cerebrospinali 40 %; tabe 9 %; apoplessia 6 %.

	dilat. acuta	Aneurisma
Dolore retrosternale	50 %	75 %
Irradiaz. al braccio sin.	5 %	42 %
Dispnea	83 %	83 %
Tosse	51 %	58 %
Pulsazioni visibili	2 %	42 %
Oliver-Cardarelli	2 %	35 %
Dilatazione cardiaca	68 %	50 %
Soffio sistolico	44 %	42 %
Soffio diastolico	26 %	25 %
Accentuaz. II tono	77 %	80 %
Differenza del polso	15 %	42 %
Paralisi del ricorrente	5 %	25 %
Reazione di Wassermann	66 %	75 %

L'A. differenzia le seguenti forme di aortite sifilitica a seconda della loro localizzazione.

1) *Insufficienza aortica sifilitica.* Si trovava in un quarto dei casi. Può essere la prima manifestazione della malattia, ma può svilupparsi soltanto negli stadi avanzati. Quasi due terzi dei casi di insufficienza aortica ha origine sifilitica; non si deve però dimenticare che una aortite sifilitica può impiantarsi sopra un'insufficienza di origine reumatica od altro. D'altra parte, si è anche osservato l'impianto di un'endocardite lenta sopra una lesione valvolare sifilitica.

2) *Sclerosi coronaria sifilitica.* Si manifesta con i sintomi di angina pectoris. L'A. l'ha osservata nel 15 % dei suoi casi e non può confermare le cifre elevate degli autori francesi. L'asma cardiaco si osserva specialmente nell'artrite coronaria sifilitica, che non raramente accompagna la miocardite e la miodegenerazione specifiche ed è una causa frequente di morte subitanea.

3) *L'aortite ascendente* provoca spesso i più lievi disturbi clinici, ma soltanto un aumento circoscritto di pulsazione dell'aorta ascendente, che è un segno importante e precoce dell'aortite sifilitica.

La dilatazione e l'aneurisma dell'aorta ascendente situata al disopra delle valvole può produrre un soffio simile per la formazione di un movimento rotatorio nella corrente sanguigna, come nell'insufficienza aortica. Con l'ulteriore aumento della dilatazione, si ha la compressione venosa, dapprima alle vene del collo al lato destro e poi d'entrambi i lati (doppio collare di Stokes). Il polso radiale destro è spesso più debole e la pressione minore (specialmente a braccio esteso). La trachea è dapprima spostata (esame ai raggi X) e poi ristretta; così pure, si hanno spostamenti dell'esofago e, talvolta, dell'arteria polmonare. Si può avere anche la perforazione di questi organi.

4) *L'arco aortitico* è la forma più frequente e provoca la metà circa degli aneurismi.

Di speciale importanza sono pure i *sintomi di compressione*: *a*) della carotide (con vertigini e disturbi visivi); *b*) dell'arteria anonima o succlavia con differenze nel polso fra le carotidi e le radiali destra e sinistra; *c*) paralisi del nervo laringeo; *d*) compressione del simpatico (dapprima irritazione poi paralisi); *e*) compressione del vago (tachicardia); *f*) compressione della trachea e del bronco sinistro, sintomi di Oliver-Cardarelli e di Musset, spostamento ad arco dell'esofago che può dare difficoltà di deglutizione.

L'aneurisma che si forma nella concavità dell'arco aortico spesso rimane ignorato anche con le radiografie; si deve tener presente questo fatto nei pazienti in cui la difficoltà di respiro rimane inesplicata; qualche indicazione si può avere con la broncoscopia.

5) *L'aortite discendente* e l'aneurisma dell'aorta discendente sono spesso difficilmente riconoscibili sul principio. Si farà l'esame ai raggi X nella seconda posizione obliqua, con il riempimento simultaneo dell'esofago. Sul principio, i sintomi clinici sono assenti.

Nella dilatazione, compaiono i sintomi da compressione (neuralgie intercostali a sinistra, non raramente disturbi vasomotori e sudorali, sintomi di irritazione e di paralisi del simpatico sinistro, con anisocoria, paralisi delle corde vocali, rigonfiamento della giugulare sinistra, difficoltà di deglutizione e di respirazione).

La mortalità per aneurisma (Cliniche di Berlino) è del 33 %; netta è la preponderanza del sesso maschile.

La prognosi è, evidentemente seria. La maggior parte dei pazienti muore entro i tre anni.

Ad ogni modo una cura pronta migliora la prognosi e ad essa si deve la minore mortalità attuale per la perforazione di aneurisma.

Le condizioni essenziali per il prolungamento della vita sono:

1) Una diagnosi precoce, che si può ottenere con l'esame ai raggi X e la reazione di Wassermann, metodi di esame che dovrebbero farsi in ogni paziente come si fa l'ascoltazione, la percussione, ecc. In molti pazienti, di fatto, la malattia fu scoperta accidentalmente; alcuni poterono lavorare in piena efficienza ancora per 15 anni.

2) Esami e trattamento ripetuti ad intervalli regolari; la negatività della reazione di Wassermann non ha importanza nè pronostica, nè terapeutica.

Terapia.

I principii del trattamento sono i seguenti:

1) Le affezioni sifilitiche del sistema circolatorio vanno sottoposte al trattamento antisifilitico in qualsiasi stadio senza considerazione di eventuale esistenza di insufficienza cardiaca.

2) Il trattamento antisifilitico della sifilide viscerale va condotto sulla base della cura combinata salvarsan-bismuto-septo-jod. Il solo joduro è insufficiente.

L'A. conduce la cura nel modo seguente:

Iniezione endomuscolare di 1 cmc. di un preparato di bismuto due volte la settimana; una volta la settimana, 20 cmc. di septo-jod. ed un'altra volta la stessa quantità in cui si scioglie il neosalvarsan. La quantità di salvarsan va aumentata fino alla dose IV; nei pazienti magri e deboli è preferibile fermarsi alla III (cg. 45).

Il septo-jod (o soluzione di Pregl) è costituito da una miscela di joduro e di jodato in soluzione isotonica e neutra; la soluzione contiene cg. 60 di jodio ogni 20 cmc. e rimane sterile. In essa, il neosalvarsan si scioglie rapidamente come nell'acqua. Le iniezioni endovenose di neosalvarsan vanno fatte con grande lentezza, quasi goccia a goccia.

Questo trattamento dura da 10 a 12 settimane, in modo da somministrare 5-6 grammi di neosalvarsan. Esso, nei primi tre anni, va ripetuto tutti gli anni ed, in seguito, ad intervalli più lunghi (di 1-3 anni).

Il pericolo maggiore consiste nell'indulgenza del medico che abbrevia il trattamento. Nel caso che questo sia intermittente, si farà una iniezione supplementare tutti i mesi.

Nei casi precoci, si ha il miglioramento dei sintomi e, nei casi favorevoli, il processo diventa stazionario per molti anni. Sono spesso evidenti i successi con la scomparsa della dispnea, nell'angina, del dolore; come pure la scomparsa di fenomeni cardiaci (aritmia, tachicardia, polso alternante). In molti casi si ha una conferma dall'esame radiologico che dimostra una riduzione della dilatazione.

Dall'introduzione del bismuto, l'A. non usa più il mercurio se non in forma di salyrgan, per ottenere un effetto diuretico e deidratante sugli edemi; è bene sostenere le forze cardiache con la strofantina, la digitale e simili. Il trattamento dei disturbi circolatori non deve intralciare quello antisifilitico.

Mentre la durata della vita dei pazienti ospedalieri di aortite sifilitica è di 2-3 anni, nei pazienti della pratica privata può prolungarsi in buone condizioni per 15 anni e più. Il trattamento ripetuto e combinato costituisce quindi un grande progresso nella terapia delle malattie sifilitiche degli organi viscerali, la più comune delle quali è l'aortite sifilitica. *fil.*

Peri-arterite nodosa di Kussmaul (forma spleno-intestinale).

(I. Hutinel, F. Coste e A. Arnaudet. *Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, seduta 17 gennaio 1930).

Gli AA. comunicarono un caso di questa rarissima malattia, che sarebbe il secondo osservato finora in Francia.

Si trattava di una fanciulla di dieci anni ammalatasi il 25 gennaio 1929 con febbre, astenia, dolori addominali e articolari. Il giorno seguente essendo sopraggiunta una emorragia intestinale, la p. fu ospedalizzata. La p. era molto pallida e presentava una eruzione a tipo scarlattiniforme sugli arti inferiori. Ad essa nei giorni seguenti si sostituì una eruzione purpurica, con elementi abbondanti e ravvicinati. Intanto i disturbi digestivi permasero molto accentuati: la p. ebbe dolori addominali, vomiti verdastri, feci muco-sanguinolenti. L'addome però era molle e trattabile. Continuarono pure i dolori articolari, senza che però l'esame obiettivo delle varie giunture mostrasse nulla di notevole. La temperatura era oscillante intorno a 37°.5, il polso frequente e rapido.

Si pensò da prima ad una porpora reumatoide: ma un accurato esame degli elementi eruttivi e la mancanza di apprezzabili turbe all'esame del sangue, fecero scartare tale diagnosi e fecero rivolgere l'attenzione verso una forma setticemica di dubbia natura. Nei primi giorni di febbraio l'eruzione si andò cancellando e così pure disparvero le emorragie intestinali. Il 4 febbraio apparvero importanti modificazioni: nel viso si notarono delle ulcerazioni necrotiche risiedenti a livello delle orecchie, del naso, della bocca e mento. Sorprendo la malata che continuava ad essere debole e notevolmente pallida, si fu colpiti dalla presenza, sulla faccia anteriore delle ginocchia, sulla faccia posteriore dei gomiti e dorsale dei piedi, di papule sporgenti, emisferiche, di color rosso, molli, non dolorose alla pressione, a contorni ben delimitati di mm. 3-5 di diametro.

Fu questo speciale quadro clinico e partico-

larmente la negatività delle ripetute emoculture e inoculazioni che il dott. Reilly, fece la diagnosi di peri-arteritenodosa o malattia di Kussmaul-Maier, confermata poi dall'esame anatomico.

Da questo momento la malata aggravò rapidamente, le ulcerazioni aumentarono in numero e la temperatura si elevò notevolmente. La morte sopraggiunse il 7 febbraio alle 10 di sera.

Autopsia: all'esame macroscopico dei vari organi vennero in luce scarse lesioni ad eccezione dell'intestino. Quello che colpì fu la presenza di un numero considerevole di gangli ipertrofici estendentisi lungo il mesentere e specialmente vicino alla terminazione dell'ileo. Alla apertura dell'intestino apparvero a livello del colon iliaco e dell'intestino tenue delle nodosità giallastre delle dimensioni di una testa di spillo, con suffusioni sanguigne e qua e là degli elementi sporgenti, identici a quelli osservati sulla pelle.

All'esame istologico il fegato, il pancreas e i reni risultarono normali. I gangli mesenterici presentarono una proliferazione considerevole di follicoli linfatici e una congestione vascolare intensa.

Sulle sezioni della pelle si vide una bolla gigantesca scavata, analoga a quelle che si osservano negli eritemi nodosi e polimorfi; nel derma sottostante si notava una arteriolite e capillarite ad uno stadio recente.

A livello dell'intestino furono riscontrate delle arterie quasi interamente chiuse da endoarterite in via di organizzazione fibrosa. La tunica media era profondamente lesa, mentre integra era l'avventizia e il tessuto peri-avventiziale.

L'esame della milza mise in evidenza una lesione generalizzata delle arterie che risiedono al centro dei corpuscoli di Malpighi; per il resto la struttura della polpa e dei seni era normale. Le lesioni arteriose variavano da un punto a l'altro del preparato e si notavano tutti gli stadi della arterite di Kussmaul.

Se questo è il secondo caso della malattia capitato e illustrato in Francia, l'A. ricorda che oltre 150 casi sono stati esaminati in Germania dopo il 1866 epoca in cui Kussmaul e Maier ne fecero la prima magistrale descrizione.

Quale è l'essenza della malattia? Si tratta di lesioni arteriose e viscerali multiple che si manifestano con disturbi digestivi, fenomeni cutanei, accidenti di nefrite ematurica, miositi e polineuriti. A tali fenomeni si accompagna uno stato subfebbrile, speciale con pallore, astenia, deperimento. È il quadro di una setticemia rapidamente cachettizzante.

La patogenesi è ancora sconosciuta: due tesi si contendono il campo; per alcuni, differenti cause sarebbero l'origine della malattia; secondo altri, più numerosi, ci sarebbe un germe specifico.

Gli AA. basandosi sia su le ricerche di questi ultimi, sia su esperienze personali credono alla esistenza della specificità della infezione ed alla autonomia del morbo di Kussmaul e lo classificano per ora almeno tra quelli dovuti a germe specifico sconosciuto.

VICENTINI.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sul comportamento dell'acido lattico del sangue nelle epatopatie.

(E. MASSOBRIO e M. MICHAILOFF. *Min. Med.*, n. 16, aprile 1930).

Le ricerche sul comportamento dell'acido lattico nell'organismo, specialmente rispetto alla funzione del ricambio degli idrati di carbonio, hanno avuto un grande sviluppo per l'opera principale di Embden e della sua scuola.

Allo stato attuale, malgrado molti punti restino ancora da chiarire, si può stabilire che l'acido lattico è un composto chimico che sta al centro del ricambio degli idrati di carbonio; tale ricambio si svolge in massima parte nei muscoli e nel fegato; ma mentre nei muscoli i processi del ricambio degli idrati di carbonio hanno una funzione prevalentemente disintegrativa, nel senso che ne permettono l'ossidazione, nel fegato invece si ha un prevalente processo di sintesi, con accumulo e deposito di materiali che dovranno essere scomposti in un secondo tempo, ed in rapporto alle esigenze dell'organismo. Ora le ricerche fatte hanno potuto mettere in evidenza che il fegato ha la facoltà di formare zucchero dall'acido lattico circolante nel sangue e prodotto nei muscoli dal glucosio, cioè la resintesi dell'acido lattico.

Accanto però a questi esperimenti che mostrano la capacità indiretta del fegato a formare lo zucchero dall'acido lattico, esistono altre ricerche le quali provano che il fegato è capace direttamente di preparare gli idrati di carbonio, usufruendo dell'acido lattico circolante.

Premesse queste informazioni sul comportamento dell'acido lattico, ne scaturisce la necessità clinica di conoscere il comportamento di tale acido in malattie del fegato. Anche a tale scopo, le ricerche non mancano per opera di AA. stranieri; quelle presenti sono le prime ricerche eseguite in Italia, e con esse gli AA. si sono proposti di chiarire il comportamento dell'acido lattico nelle epatopatie, sia dosando quest'acido, sia eseguendo la prova di carico dell'acido lattico.

Il metodo di dosaggio usato è quello colorimetrico di Q. Dische e D. Laszlo, in parte modificato.

Da tutte le ricerche emerge che nelle malattie epatiche leggere, e particolarmente in quelle non interessanti il parenchima, l'ac.

lattico del sangue o non è aumentato o lo è soltanto leggermente.

Aumenti notevoli si notano nelle forme che colpiscono il tessuto parenchimatoso del fegato. Si può annettere quindi alla ricerca del contenuto in acido lattico del sangue anche un valore prognostico nelle malattie epatiche.

Nei cardiopatici scompensati l'ac. lattico del sangue è aumentato in ragione del grado di scompenso e sopratutto del grado di stasi epatica.

La prova di carico dell'ac. lattico ha valore in quanto anche in soggetti in cui l'ac. lattico nel sangue è in quantità normale, può mettere in evidenza una diminuzione della capacità di resintesi dell'ac. lattico da parte del fegato. Si tratta quindi di una prova che all'esame funzionale del fegato può fornire elementi di giudizio diagnostico e prognostico di non dubbia importanza. CARUSI.

La cistifellea in gravidanza.

(F. CLAUSER. *Rivista Italiana di Ginecologia*, luglio 1929).

Molto scarse sono le ricerche sulla anatomia e sulla fisiologia delle vie biliari nella donna gravida, nè l'introduzione del metodo colecistografico ha valso ad ampliarle in quanto che esso è stato pochissimo usato finora in tale campo.

L'A. si è proposto di colmare la lacuna esistente praticando ricerche sistematiche in una serie di donne gravide col metodo colecistografico.

Furono esaminate 20 donne nell'ultimo trimestre della gravidanza e 10 con lievi affezioni dell'apparato genitale come controlli.

In tutte le esperienze, di cui l'A. descrive minutamente la tecnica, fu usata la « jodo-tetra-gnost » Merk, iniettata per via endovenosa.

Il metodo di esame risultò perfettamente innocuo sia nelle donne non gravide che nelle gravide.

L'A. discute i risultati ottenuti nelle sue ricerche, esaminando i vari fattori dell'esame colecistografico e confrontando quelli ottenuti nella donna gravida con quelli della non gravida.

1) Rapidità di comparsa dell'opacamento iniziale e dell'opacamento massimo.

Questi due tipi di opacamento sono il risultato di due diversi processi che si svolgono in organi differenti. Un ritardo nella comparsa dell'ombra della cistifellea è indizio di un disturbo funzionale del fegato, mentre un ritardo nella comparsa dell'opacamento massimo parla per una disfunzione della cistifellea.

In genere il tempo normale di comparsa dell'opacamento iniziale si aggira intorno alle 4-5 ore. Nelle donne gravide esaminate, tale opacamento iniziale si manifestò in ritardo, nel 55 % dei casi; tale ritardo, poco notevole, oscillava tra due e tre ore e fu attribuito ad un ritardo nella eliminazione della tetraiodo dal fegato nella bile e, come fattore secondario ad un diminuito potere di concentrazione della cistifellea.

L'opacamento massimo comparve sempre sia nelle donne non gravide, che in quelle gravide in un periodo di tempo oscillante tra le 8 e le 12 ore: ciò starebbe a dimostrare che il potere di concentrazione della cistifellea durante la gravidanza non è generalmente alterato.

2) Durata complessiva dell'opacamento: è questa una quistione di grande importanza, perchè è in rapporto col delicato problema di fisiologia dello svuotamento della cistifellea, che avviene per opera di molteplici fattori.

In tutte le donne non gravide esaminate, l'ombra della cistifellea era scomparsa entro le 24 ore dall'iniezione.

I risultati ottenuti nelle gravide furono dall'A. divisi in tre gruppi: nel primo, che comprendeva 6 pp. la scomparsa dell'ombra avvenne entro le 24 ore (svuotamento normale della cistifellea); nel secondo, comprendente 3 pp. l'ombra scomparve assai prima del tempo normale (svuotamento della cistifellea accelerato), nel terzo, rappresentato da 8 pp., la scomparsa avvenne tra le 24 e le 35 ore (svuotamento della cistifellea ritardato).

La durata dell'opacamento inferiore alla norma, è dunque un fenomeno raro e deve attribuirsi ad uno squilibrio nel tono del sistema nervoso vegetativo, con aumento dell'eccitabilità parasimpatica e conseguente acceleramento nella espulsione della bile dalla cistifellea nel duodeno.

Invece la durata dell'opacamento superiore alla norma è nella donna gravida un fenomeno frequente dovuto ad uno squilibrio nell'innervazione vegetativa con atonia delle pareti della cistifellea e spasmo dello sfintere di Oddi e ad altri diversi fattori che causano un ritardo nell'espulsione della bile dalla cistifellea.

3) Mancanza dell'opacamento: in tre delle gravide esaminate non si riuscì ad ottenere la visibilità della cistifellea. L'A. esaminò minutamente le cause di tale fenomeno: esclusa ogni responsabilità da parte del fegato e di organi vicini malati rivolse la sua attenzione al sistema delle vie biliari.

Però nessuno dei vari processi patologici interessanti la cistifellea con possibile azione sull'esito della prova di Graham-Colle potè essere invocato nei casi riferiti dall'A. a spiegare il mancato riempimento della vescichetta.

Tale fenomeno trovò la sua spiegazione in una parziale occlusione infiammatoria del dotto cistico favorita da fenomeni di ristagno della bile e dal passaggio di germi dal duodeno nel sistema biliare.

4) Intensità e regolarità dell'opacamento: nelle gravide studiate l'ombra della cistifellea

risultò sempre omogenea; la densità invece dell'ombra apparve spesso inferiore al normale: ne sono causa l'atonia della cistifellea con stasi e conseguente maggiore diluizione della bile alla tetrajodo e il diminuito potere di concentrazione della mucosa della cistifellea.

5) Forma della cistifellea: tutt'altro che facile è lo studio dell'ombra radiografica della cistifellea, perchè essa varia sotto l'azione di diversi fattori: il grado di riempimento, il grado di distensione degli organi vicini, il tipo costituzionale della paziente ecc.

Nella gravidanza avanzata, lo sviluppo dell'utero, determina, sia pure inderettamente, dei fenomeni di compressione capaci di provocare notevoli diversità di forma della vescichetta biliare.

6) Posizione della vescichetta biliare: nelle ricerche eseguite sulle donne non gravide l'A. ha costatato che l'ombra della cistifellea si presenta ad altezza variabile tra la I e la III vertebra lombare, sempre vicino alla colonna vertebrale.

La gravidanza porta alla sede della cistifellea tre specie di modificazioni: 1) spostamento verso l'alto (fra la X e la XII costola); 2) spostamento verso l'esterno, tra la mammillare e l'ascellare anteriore; 3) rotazione della cistifellea sui propri assi, di modo che il polo caudale viene a trovarsi più in alto di quello craniale.

In conclusione durante la gravidanza si verificano spesso tutti quei fenomeni che favoriscono il ristagno della bile nella cistifellea. Tale ristagno a sua volta favorisce e la formazione di calcoli e la ascesa di germi dall'intestino, il che spiega la frequenza dei processi patologici a carico della vescichetta insorgenti durante o dopo lo stato puerperale.

VICENTINI.

CONFERENZE.

Il diabete come problema fisiologico.

Su questo argomento ha fatto due conferenze al Reale Collegio dei medici di Londra nell'aprile 1930 il Macleod (*The British Medical Journal*, 10 maggio 1930) riferendo quanto fu fatto nel suo laboratorio di Toronto.

Cani spancreatizzati: furono tenuti in vita mediante somministrazione di insulina per 4 anni due cani completamente spancreatizzati. La morte avvenne in un caso al 5° e nell'altro al 6° giorno di sospensione dell'insulina. Macleod ritiene che questi cani avrebbero potuto vivere quanto cani normali se si fosse continuata la somministrazione di insulina. Questa non fu data più per determinare, indipendentemente dalla cura, il quoziente respiratorio, che poi non fu potuto esaminare perchè un incendio distrusse gli apparecchi.

Questi cani presentarono interessanti fenomeni riflessi condizionati: uno di essi aveva abbondante salivazione quando vedeva il custode colla siringa per l'iniezione di insulina, la quale era sempre seguita da somministrazione di cibo. Inoltre i due cani erano grossi e aumentarono di peso nei 4 anni d'osservazione.

Dieta degli animali spancreatizzati: in esperimenti compiuti prima dei precedentemente descritti si stabilì che l'insulina più carne e un po' di grassi non è sufficiente razione alimentare, mentre aggiungendo a quest'alimentazione dello zucchero di canna l'animale aumenta di peso. Non si ottenne sopravvivenza che per 8 mesi, probabilmente per l'insufficienza digestiva per le proteine e i grassi da assenza di succo pancreatico. Difatti, aggiungendo a questa dieta pancreas crudo gli animali che prima deperivano riacquistavano peso.

Nel 50 % degli animali esistono noduli di tessuto pancreatico senza però isolotti di Langherans sulla parete duodenale e questo spiega perchè in alcuni esperimenti gli animali sopravvissero senza bisogno di alimentarsi con pancreas crudo.

Gravidanza di un animale spancreatizzato. — Uno dei due cani tenuti in vita per 4 anni ebbe una gravidanza che non portò nessuna modificazione alle condizioni dell'animale e che terminò colla nascita di 6 cuccioli, tre nati morti e tre viventi. Nell'allattare i piccoli la cagna ebbe fenomeni gravi di ipoglicemia a cui si riparò con somministrazione di zucchero. Importante anche notare che nel decorso della gravidanza la glicemia non si modificò, il che indica che l'insulina fetale rimase senza influenza sulla madre. L'opposto di ciò fu osservato invece in una donna gravida dal Lawrence.

Il valore dell'insulina negli esperimenti su animali è notevole perchè ha permesso di fare osservazioni per lungo tempo in un medesimo animale, quindi anche dopo scomparsi i fenomeni dovuti ad un'operazione grave come la spancreatizzazione.

Macleod osservò che gli animali morti dopo spancreatizzazione (anche molto tempo dopo) presentano ridotto il glicogeno muscolare ed epatico, ma mai scomparso.

I saggi dei rimedi antidiabetici devono essere fatti, secondo Macleod, non sulla loro capacità ad abbassare la glicemia in animali normali ma a permettere la sopravvivenza in animali spancreatizzati. Egli afferma che questa azione è posseduta solo dall'insulina.

R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

V. KOLLERT, E. SUCHANEK e S. SINGER. *Grundlagen der ätiologische Behandlung der Nierenentzündungen.* Un vol. in-8° di pag. 158. F. Deuticke, Leipzig e Wien, 1929. Mk. 9.

Nello studio delle nefriti, mentre noi vediamo da un lato una notevole quantità di fatti clinici assodati, troviamo invece scarse le nozioni sull'etiologia e nebulose le teorie sulla patogenesi, mentre sarebbe oltremodo utile potere impostare la terapia su una sicura base eziologica.

Gli AA. studiano appunto la questione sotto tale punto di vista e trovano che la parte essenziale dell'eziologia della nefrite è dovuta all'infezione del rene da parte di un focolaio primitivo, per lo più di dominio oto-rino-laringologico o stomatologico, ma che può trovarsi anche altrove (intestino, apparato genitale, ecc.). La cura di questo focolaio porta come conseguenza la guarigione della nefrite acuta e subacuta e la retrocessione dei sintomi di quella cronica.

L'idea non è nuova, perchè il concetto di infezione focale prevale da tempo nella letteratura medica americana. Lo studio degli AA. costituisce una buona applicazione del metodo ed è di grande utilità per il medico pratico che, in luogo di un passivo nichilismo, può instaurare una terapia attiva ed efficace.

fil.

RATHERY. *Les Maladies des Reins et leur traitement.* Vol. in-8° di pag. 162. I. B. Bailliere. Paris 1930. Fr. 25.

In questo piccolo volume sono riunite 6 conferenze tenute dall'A. all'Hotel-Dieu, che possono riuscire utili ai pratici, per alcuni problemi di patologia renale in esse svolti. I titoli delle conferenze sono: valore prognostico e diagnostico delle albuminurie, pressione arteriosa e nefriti, gli edemi brigtici, riserva alcalina e acidosi renale nelle nefriti, importanza del cloruro in patologia renale, nefrosi lipoidica.

Scopo dell'A. non è stato quello di fare uno studio completo dei grandi sintomi renali; ha scelto invece quelli che, dal punto di vista pratico, presentano interesse particolare per gli studi speciali di cui sono stati oggetto in questi ultimi anni.

A. POZZI.

L. JUSTIN-BESANÇON. *Les fonctions internes du rein.* Vol. in-8° di pag. 372. Masson et C. Paris, 1930. Frs.

Le funzioni interne del rene sono numerose; l'A. ne distingue cinque principali: l'ammonioformazione, le funzioni di sintesi, le funzioni di ossido-riduzione, le funzioni di idrolisi e quelle di distruzione dei corpi chetonici.

Le funzioni interne del rene non facilitano solo l'escrezione dei prodotti del metabolismo, ma esercitano bensì anche un risentimento fisiologico considerevole sull'insieme dell'organismo.

L'A. discute la parte di queste funzioni interne nel mantenimento dell'equilibrio acido-basico e la distruzione dei corpi chetonici. L'interesse di questo libro appare evidente considerando che non si possono abbordare un certo numero di problemi fisiologici, fisiopatologici come l'acidosi, il coma diabetico, diagnostici (significato dell'ammoniuria), terapeutici (l'opoterapia renale), senza tener conto dell'esistenza delle funzioni interne della ghiandola renale.

A. POZZI.

L. CASPER e E. PICARD. *Lehrbuch der urologischen Diagnostick.* Un vol. di pag. 473 con 372 fig. Edit. G. Thieme. Lipsia. M. 46.

Il libro di Casper riempie una lacuna nella bibliografia urologica tedesca, un libro di diagnostica urologica. La trattazione rivela subito l'esperta mano dello scrittore, uno degli urologi tedeschi più autorevoli. Bellissime riproduzioni di aspetti cistoscopici, anche rari in quanto il criterio di frequenza non conta o conta poco nella diagnosi differenziale; studio accurato e illustrazione precisa della pielografia; esposizione chiara e tenuta in limiti giusti degli esami funzionali, dell'esplorazione dell'uretra, dell'esame delle orine: ecco i pregi di questo libro che può essere consigliato non solo all'urologo esperto, per consultazione, ma anche a chi comincia, per istruzione.

372 figure, moltissime a colori, illustrano il testo.

VALDONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

2° Congresso Internazionale sulla Malaria.

In conformità ad una decisione presa dal 1° Congresso Internazionale sulla Malaria, adunatosi a Roma nel 1925, il 2° Congresso si è tenuto in Algeria.

Questa località è piuttosto remota dal movimento scientifico contemporaneo, il quale vi figura accentrato soltanto, o quasi, nell'Istituto Pasteur di Algeri.

Tuttavia il motivo della decisione era plausibile: celebrare in forma solenne e per così dire universale il semicentenario della scoperta del parassita della malaria, effettuata da LAVERAN appunto in Algeria. La celebrazione veniva a coincidere con le feste per il centenario dell'occupazione dell'Algeria da parte della Francia.

Motivi climatologici locali hanno regolato la scelta dei giorni del Congresso all'inizio della stagione calda. In tal modo si è raggiunto anche il risultato di far coincidere i lavori con altri atti dei festeggiamenti per l'occupazione.

Nell'insieme, la scelta risultò indovinata, poichè l'Algeria è un vero grande campo sperimentale, in cui la profilassi antimalarica ha conseguito una delle maggiori vittorie.

* * *

Malgrado la malaria sia una delle malattie più diffuse del mondo, offre un campo di studi e di ricerche specializzato: quindi non c'era da attendersi un'affluenza straordinaria di congressisti, e ciò anche in ragione del disagio inerente al viaggio.

Tuttavia i congressisti hanno raggiunto il numero cospicuo di 150 e tra essi figuravano molte delle maggiori illustrazioni e competenze specifiche mondiali.

Erano rappresentati 38 Paesi (Nazioni, Colonie e Protettorati), 32 Facoltà di Medicina ed altri Enti, la Società delle Nazioni.

I congressisti italiani erano in buon numero: A. LUTRARIO, presidente della Commissione malariologica della Società delle Nazioni e capo della delegazione italiana; E. JANDOLO, direttore generale della Bonifica integrale; A. LABRANCA, direttore capo di divisione alla Direzione generale della Sanità pubblica; L. BONAMICO, vice-direttore e G. LEGA, segretario della Scuola Superiore di Malariologia; A. MISSIROLI, direttore e G. RAFFAELE, vice-direttore della Stazione sperimentale per la lotta antimalarica; D. OTTOLENGHI, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Bologna; T. PONTANO, della R. Università di Roma; G. RIZZUTI, pel Ministero della Guerra; E. CAVALLINI, pel Ministero della Marina; C. MARINUCCI, pel Ministero dell'Aeronautica; L. VERNEY, per la « Rivista di Malariologia »; G. FRANCHINI, direttore della Scuola di patologia tropicale di Bologna; D. MAZZOLANI, medico coloniale a Tripoli; Sig.ra A. CELLI, direttrice della infermeria « Soccorso e Lavoro ». Un altro italiano presente era G. PITTALUGA, dell'Università di Madrid, capo della delegazione spagnuola.

Largamente figuravano la Francia, la Spagna, l'Impero Britannico, le Indie olandesi. I medici algerini non solo erano numerosi, ma si sono presentati con una copiosa messe d'osservazioni e di studi, dimostrando come in Algeria si lavori e si sappia lavorare.

* * *

La seduta inaugurale, particolarmente brillante, si tenne il 19 maggio, nel palazzo delle Assemblee algerine. Il governatore BORDES dette il benvenuto ai congressisti.

Dopo altri oratori ufficiali parlò il presidente del Congresso, prof. E. MARCHOUX, il quale prese occasione dalla scoperta di Laveran per tracciare la storia delle scoperte sulla malaria; fece obbiettivamente e in termini cordiali la parte dovuta agli italiani Golgi, Grassi, Bignami, Bastianelli, Marchiafava: di quest'ultimo lesse un telegramma e tra gli applausi gli mandò un commosso saluto.

Il dott. LUTRARIO parlò a nome della Società delle Nazioni e delle delegazioni straniere; lesse un telegramma di V. ASCOLI, destando il plauso dell'Assemblea.

I lavori scientifici si sono svolti fino al 21 maggio nell'Hôtel Saint-Georges, in un ambiente di lusso e di eleganza. Le sedute furono molto frequentate, tanto che MARCHOUX, nel chiudere i lavori, ebbe a rilevare come i congressisti siano stati di una puntualità e di un'assiduità del tutto eccezionali.

I lavori.

Sono stati ripartiti in 6 Sezioni. Naturalmente la divisione degli argomenti non potè risultare netta e decisa e si determinano interferenze fra le varie Sezioni. Quasi tutti i lavori hanno avuto luogo in assemblee generali.

In considerazione dell'importanza che la malaria ha per noi, facciamo seguire un resoconto un po' dettagliato. Non ci atterremo ad un ordine rigorosamente cronologico.

SEZIONE I. — *Parassitologia.*

G. RAFFAELE (Roma) reca un contributo alla *sistematica dei plasmodidi degli uccelli.* L'argomento è importante, a causa dell'impossibilità di conferire la malaria dell'uomo agli animali e data la forte somiglianza tra i parassiti malarici aviarii e quelli umani, tanto che le ricerche eseguite sui primi possono applicarsi ai secondi. È così che si è partiti dai parassiti malarici degli uccelli (DIONISI, ROSS) per le ricerche sulla trasmissione della malaria umana e che oggi è sulla malaria degli uccelli che si compiono molte ricerche sperimentali di terapia della malaria. Ciò malgrado, lo studio sistematico dei plasmodidi degli uccelli è trascurato. L'O. ha potuto differenziarne, in Italia, due specie: *Plasmodium praecox* Grassi e Feletti (corrisponde al *cathemerium* Hartman) ed una specie individuata dall'O., il quale la designa come *P. major.* Per solito le due specie sono associate; l'O. è riuscito a separare la prima, non la seconda.

H. SOULIÉ (Algeri) ha studiato i *parassiti malarici all'ultramicroscopio.* I primi stadi sfuggono del tutto, ma gli stadi ulteriori si riconoscono meglio che alla luce ordinaria e se ne possono seguire meglio alcuni processi biologici, come la flagellazione dei microgametociti.

L. CÉARD (Algeri) ha confermato la *distribuzione irregolarissima del parassita quartanario*: nel distretto di Orano (Algeria) si addensa in alcune zone, scompare in altre.

Alla discussione sul tema partecipano SOULIÉ e R. SENIOR-WHITE. Quest'ultimo rileva che in India la quartana va riducendosi e si presenta in focolai principali ed in focolai secondari disseminati; sussistono incertezze sull'agente vettore.

C. SCHILLING (Berlino) sospetta che i parassiti malarici possano presentare *variazioni di virulenza* analoghe a quelle da lui studiate per il *Trypanosoma brucei*. La comunicazione viene discussa da D. OTTOLENGHI.

SEZIONE II. — *Entomologia.*

Speciale interesse ha destato una comunicazione di N. H. SWELLENGREBEL (Amsterdam), fatta anche a nome di A. DE BUCK ed E. SCHOUTE, sulla *differenziazione di due razze dell'« Anopheles maculipennis »*, il quale, com'è noto, in Europa costituisce il principale vettore della malaria.

In base ad una mole imponente di ricerche e misurazioni, gli AA. hanno individuato, in Olanda, due razze o varietà di questo anofele. Una di esse, ad ali lunghe, conduce vita libera nei campi, è specialmente attiva quando la malaria non si trasmette e cessa di nutrirsi in autunno, per entrare in ibernazione; si sviluppa in acque dolci; si nutre di preferenza con succhi vegetali, di cui la Schoute ha dimostrato l'influenza nefasta sull'anfionte; non propaga la malaria. L'altra razza o varietà, ad ali corte, non ibernante, esclusivamente ematofaga, ad abitudini domestiche, si sviluppa in acque salmastre; è la sola vettrice di malaria.

Queste ricerche interessanti porterebbero a risolvere, almeno per l'Olanda, il problema tuttora così enigmatico dell'*anofelismo senza malaria*. Difatti tale fenomeno risulterebbe legato alla presenza della prima varietà di *Anopheles maculipennis*.

Un comportamento simile gli AA. hanno osservato nel delta del Bengala e nell'Assam, ove il vettore principale di malaria, l'*Anopheles minimus*, cessa di moltiplicarsi quando può aver luogo la trasmissione, poichè le acque sono allora rese limacciose e inadatte al suo sviluppo, dalle esondazioni.

Dunque le condizioni idrografiche possono agire fortemente sugli anofeli, entro i limiti di una stessa specie, sia favorendo lo sviluppo di una varietà (Olanda), sia ostacolando e facendo ritardare lo sviluppo dell'insetto (Indie).

Se ne traggono conseguenze pratiche; per es., conviene ridurre le acque salmastre (Olanda) o far esondare le torbide, secondo un suggerimento di Bentley (Indie).

In merito alle due varietà di *maculipennis* definite da Swellengrebel e collaboratori, va ricordato che già E. Roubaud in Francia aveva tentato di accertare due varietà morfologiche, in base al numero dei dentelli mascellari; in Italia D. Falleroni si era pure cimentato ad una differenziazione, in base specialmente al colore delle uova e alla grandezza degli adulti (var. *messeae* e var. *labranchiae*); G. Alessandrini aveva trovato che gli anofeli delle paludi sono più piccoli che gli anofeli delle risaie; P. H. van Thiel in Olanda aveva descritto una var. *atroparvus*.

Tutte queste ricerche sono state superate da quelle sopra riferite, con cui però converrebbe, probabilmente, di coordinarle.

P. H. VAN THIEL (Leida) ricordò la sua varietà, piccola, con indice mascellare alto, di colorito scuro; ma a questo riguardo E. MARTINI obbiettò che il colore è variabilissimo e non può fornire un carattere differenziale, come risulta dalle ricerche di J. Achundow (sono da aggiungervi quelle eseguite recentemente in Italia da A. Corradetti).

Altri contributi alle variazioni morfologiche del *maculipennis* furono portati da J. PELNAR (Praga), F. TRENSZ (Algeri), C. A. KLING (Stocolma), ecc.

* * *

Un altro problema molto discusso riguarda la *lunghezza di volo degli anofeli*. Si tratta di un problema importante, dacchè la distanza cui possono spingersi gli anofeli regola il raggio in cui vanno eseguite le misure antilarvali, dirette a difendere una località dalla malaria.

Il problema venne sollevato da E. MARTINI (Amburgo) il quale distingue tre specie di voli: 1) quelli abituali o giornalieri, che non sorpassano i 3 Km., salvo il caso di una produzione locale eccezionalmente copiosa d'anofeli; 2) quelli d'ibernazione, osservati in Palestina, Germania, Russia (Samara), Italia e che giungono molto più lontano; 3) i voli di migrazione, paragonabili allo sciamaggio massivo di molti altri insetti quando lasciano località troppo popolate.

Le ultime due specie di voli fanno aumentare le difficoltà e le spese della lotta antilarvale.

Nella discussione ED. SERGENT rileva che praticamente in Algeria basta circoscrivere la lotta a 2 Km.; R. SENIOR-WHITE aggiunge che in India è pure bastevole un raggio di 2 Km.; A. MISSIROLI crede che si debba tener conto delle contingenze locali, come distanza dei vivai idrici e stazioni di rifornimento alimentare, topografia, ecc.; N. H. SWELLENGREBEL fa osservare che occorre tener conto delle specie d'anofelini della località; BOUFFARD e MORIN segnalano l'influenza dei monsoni nell'Estremo Oriente.

I. K. KLIGLER (Palestina), in collaborazione con G. MER, ha osservato che l'*A. elutus* può spingersi fino a 14 Km. di distanza, in più tappe, nel corso di 2 settimane, durante il periodo ibernante e preibernante; sono le zanzare grasse, non vettrici di malaria, che compiono queste lunghe migrazioni, le quali, perciò, presentano mediocre interesse pratico.

Alla discussione partecipano A. MISSIROLI e N. H. SWELLENGREBEL.

* * *

Altre comunicazioni di entomologia furono fatte da G. SENEVET (Algeri) sulla identificazione specifica delle ninfe, da G. FRANCHINI (Bologna) sulla fauna anofelinica delle Colonie italiane, da H. RIVERO SALVIDRÓ (Caracas) su quella del Venezuela, da R. V. TALICE (Montevideo) su quella dell'Uruguay, ove, tuttavia, la malaria manca del tutto per varie ragioni, come la scarsa densità della popolazione rurale e la zoofilia degli anofelini.

SEZIONE III. — *Epidemiologia.*

Molto interesse ha destato una comunicazione di L. W. HACKETT (Roma), in collaborazione con A. MISSIROLI, sulla *scomparsa spontanea della malaria* in zone circondate da territorio malarico e tuttora popolate da *Anopheles maculipennis* (anofelismo senza malaria).

Gli AA. hanno condotto delle ricerche compa-

rative, al riguardo, tra Massarosa da un lato, Fiumicino e le Paludi Pontine dall'altro.

È da escludere che nella prima località gli anofeli siano divenuti poco recettivi all'infezione. Difatti si è riusciti ad infettarli artificialmente, nelle stesse proporzioni di quelli catturati in paesi malarici.

È anche da escludere che il largo uso di chinina abbia soppresso, nella prima località, i portatori di gametociti, cioè i soggetti capaci di diffondere l'infezione. Soccorre, all'uopo, un'esperienza eseguita dagli AA. a Torpè (Sardegna) ove, malgrado la chininizzazione su larga scala, continuata per tre anni (senza ricorrere ad altri mezzi), l'incidenza della malaria non si è ridotta. Dunque la chinina, che è preziosa per la cura, non giova a modificare praticamente la trasmissibilità della malaria. Altrove invece l'assenza della malaria dipende dallo scarso numero di anofeli.

Per spiegare l'anofelismo senza malaria di Massarosa, gli AA. fanno intervenire una diminuzione dei rapporti tra anofeli e uomo, in seguito all'aumento numerico del bestiame stabulato.

Questo aumento è stato reso necessario dallo sviluppo dell'agricoltura intensiva. In tali condizioni si è accentuata l'attrazione esercitata dal bestiame sugli anofeli, i quali vengono sviati dall'uomo. Si è formata, cioè, una « razza biologica » nel senso di Grassi: non è dimostrata, invece, la differenziazione, nella località, di una razza morfologica.

A Massarosa l'attrazione esercitata dal bestiame sugli anofeli, rispetto a quella esercitata sull'uomo, è risultata 50 volte incirca più elevata che a Fiumicino o nelle Paludi Pontine.

La zoofilia si stabilisce lentamente, solo nel corso di anni. Intanto va ingaggiata la lotta contro gli anofeli.

In tale concezione l'anofelismo senza malaria rappresenta una situazione instabile: siccome i portatori di gametociti non difettano mai (provengono dalle zone circostanti), basta che il numero degli anofeli aumenti molto, perchè questi si riversino sull'uomo e ripristinino uno stato di malaricità. Se n'è avuta una prova indiretta nelle vicinanze di Nemi, ove, in seguito al prosciugamento parziale del lago, si sono prodotti molti acquitrini, che hanno fatto aumentare il numero degli anofeli; questi hanno determinato numerosi casi di malaria: si è dunque resa necessaria la lotta antianofelica.

Alla comunicazione seguì una lunga discussione.

E. MARTINI stima improbabile la differenziazione di razze biologiche con decise preferenze alimentari: difatti a Nemi gli anofeli prodotti in eccesso si sono immediatamente riversati sull'uomo. HACKETT rileva che però non si tratta di « anofelismo senza malaria »; difatti a Nemi l'anofelismo era, in precedenza, scarsissimo.

C. SCHILLING chiede se nei Castelli Romani, in genere, l'anofelismo non sia bastevole per la trasmissione della malaria. HACKETT risponde di constargli che vi è scarsissimo.

L'ing. L. BONAMICO rileva che furono repertate le larve d'anofeli nelle vasche e nei canali d'irrigazione presso Nemi, come pure lungo i margini del lago, prima d'iniziare il prosciugamento; tuttavia non si previde il pericolo. HACKETT risponde che, nel prevenire la malaria, gl'ingegneri italiani sono più edotti e più attenti che gl'ingegneri di altri Paesi, ove spesso i lavori di terra creano gravissime epidemie.

P. MÜHLENS crede che la chinina possa spegnere dei focolai malarici: se n'è avuta una prova in Germania, per due focolai post-bellici di terzana, uno ad Essen e l'altro in un sobborgo: nel primo si è praticata una cura chininica efficiente e la malaria è scomparsa, mentre nell'altro la malaria persiste tutt'ora.

ANNA CELLI adduce un fatto analogo: la chinina è bastata a sradicare la malaria a Stagno, presso Pisa.

J. RODHAIN presume che a Torpè la chininizzazione non sia stata sufficiente; ma HACKETT risponde che non si sarebbe potuto fare di più.

* * *

R. D'ENGEL (Szeged, Ungheria) ha sollevato il problema dei *cicli epidemici pluriannuali*, in base a tre recrudescenze della malaria verificatesi nella Transcaucasia durante il cinquantennio 1870-1920. Crede che queste variazioni epidemiche cicliche siano inerenti a proprietà del parassita (in conformità ad una concezione di CELLI). Tale ipotesi viene però contrastata da E. MARTINI (Amburgo), il quale fa intervenire delle variazioni meteoriche. N. H. SWELLENGREBEL ricorda che in Olanda durante il secolo scorso si sono avuti cicli di circa 15-20 anni, attraverso i quali si è prodotta una regressione generale.

Il cómpito delle *condizioni meteoriche*, dell'*ambiente fisico* e delle *stagioni* sulla malaria è stato lumeggiato da parecchi disserenti: A. BARBIERI per l'Argentina, F. M. A. LEGENDRE pel Madagascar, S. N. SUR per il Bengala, M. KOIDZUMI per Formosa, H. G. S. MOCIN per la Cocincina.

G. FRANCHINI (Bologna) trova che nelle zone risicole del bolognese la malaria manca quando la protezione animale è efficace. G. PITTALUGA (Madrid) espone il problema della malaria nelle zone risicole per la Spagna.

P. HÜHLENS (Amburgo) e H. ZIEMANN (Berlino) si occupano della valutazione degli *indici splenico* e *parassitario;* F. DE MELLO (India portoghese) e S. R. CHRISTOPHERS (India inglese) della *splenometria.*

G. RIZZUTI (Palermo) riferisce sulla *malaria nell'Esercito italiano* durante la guerra e dopo, riportando vari dati statistici. Rileva che la profilassi chininica è difficile. Fa valere l'utilità dell'azione di persuasione sulle truppe. Mette in evidenza il cómpito dei medici militari, che devono essere competenti e preparati.

A. LUTRARIO (Roma) in nome di C. RUSSO, coadiutore nel Laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità, riferisce sulla *recrudescenza della malaria durante e dopo la guerra in Italia;* in genere ha ceduto facilmente; in alcune località invece essa ha resistito alle misure profilattiche, e ciò sembra in rapporto con la presenza di anofeli più piccoli, e più recettivi, secondo una concezione di Alessandrini.

R. BELOT (Tunisia) descrive una *recrudescenza di malaria presso Biserta* prodottasi durante gli anni 1928 e 1929 nella popolazione militare. Cre-

de che la cura a fondo sia un elemento di profilassi e che la profilassi chininica sia utile. Raccomanda i libretti individuali, per seguire i malati.

(*Continua*).

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 24 maggio 1930-VIII.

L'equilibrio acido-basico nelle stenosi ed occlusioni sperimentali del coledoco.

LATTERI S. — L'O. riferisce sui risultati di una serie di ricerche sperimentali le quali dimostrano che tanto nell'occlusione quanto nelle stenosi del coledoco si verifica costantemente una caduta della R. A. di un numero di unità che varia in rapporto al grado della lesione provocata ed al tempo trascorso dall'atto operativo. Nei casi in cui fu praticata l'occlusione, interrompendo così in modo brusco e completo la corrente biliare, si osserva fin dall'inizio una netta diminuzione nei volumi di CO_2, che, pur andando incontro a delle oscillazioni, si mantiene tale per tutta la durata dell'esperimento.

Negli animali in cui si praticò una stenosi dopo una lieve diminuizione osservata nei primi giorni dall'intervento i valori della R. A. tendono ad aumentare accostandosi alla cifra normale. E tali si mantengono fino ai 20-30 giorni circa.

A datare da tale periodo la valutazione della riserva degli alcali mette in evidenza una progressiva caduta dei volumi di CO_2. Si va così incontro ad uno stato di acidosi, simile a quello osservato nel primo gruppo di esperimenti.

Per ciò che riguarda il comportamento del pH urinario si sono avute delle oscillazioni piuttosto lievi, che, in linea di massima, rientrano nei limiti normali.

La durata della sopravvivenza dei leucociti nei tumori maligni.

ROSSI C. — L'O. ha studiato 20 tumori maligni e cioè 14 epiteliomi e 6 sarcomi. In tutti ha trovato una evidente e costante diminuizione della sopravvivenza dei leucociti risultandogli questi ultimi morti alla 36ª o 48ª ora dopo il prelevamento dall'organismo e conservazione in soluzione fisiologica 0,85 % mentre che nei soggetti normali, con la tecnica da lui usata, si ha la morte di tutti leucociti solo al 3° giorno.

Nei casi seguiti da intervento radicale, dopo un mese dall'operazione quando cioè è trascorso quel periodo post-operatorio immediato (sino al 15° giorno), nel quale indipendentemente dal tipo d'intervento e dall'anestesia si ha un aumento della sopravvivenza dei leucociti, ha notato una durata di sopravvivenza maggiore che si avvicina a quella normale. Ciò suggerisce all'O. l'ipotesi che la diminuita sopravvivenza dei leucociti nei tumori maligni sia presumibilmente in rapporto con sostanze circolanti derivate dal metabolismo del neoplasma.

Conclude per il valore pratico che tale ricerca può assumere nella diagnosi di tumore maligno assieme a tutte le altre ricerche chimiche e sierologiche proposte nei medesimi avendo il vantaggio su quelle della costanza e della grande facilità di esecuzione per esser basata sul rilevamento di un fenomeno abbastanza evidente.

La glicemia nelle varie coliche addominali.

RINDONE A. — L'O. riferisce di avere istituite ricerche sistematiche sulle variazioni del tasso glicemico nei soggetti in preda ad una delle varie forme di coliche addominali. Ha esaminato finora 4 casi di colica epatica, 8 casi di colica renale, 3 casi di colica appendicolare e qualche caso di colica intestinale e di colica uterina. La diagnosi per molti di questi soggetti è stata confermata al tavolo operatorio. I risultati ottenuti si possono riassumere, per quanto in maniera provvisoria, nelle seguenti proposizioni:

Il tasso glicemico durante una colica epatica da colecistite calcolosa è di solito aumentato notevolmente, e torna alcuni giorni dopo la fine della colica ai valori normali.

Questo reperto collima coll'osservazione clinica che durante la colica epatica vi è spesso glicosuria.

Nelle coliche renali da calcolosi renale o ureterale si riscontra spesso iperglicemia di grado inferiore di quella osservata nel gruppo precedente. Anche in questo caso i valori del tasso glicemico ritornano normali dopo pochi giorni.

Nelle coliche appendicolari, intestinali, uterine o non si hanno variazioni o esse parlano per una diminuizione.

Riguardo all'interpretazione di questi risultati è presumibile che essi siano da riferire ad una irritazione dei filuzzi simpatici diretti al fegato, con successiva maggiore mobilitazione delle riserve di zucchero contenute in quest'organo.

Tale irritazione è di grado notevole nella colica epatica, meno notevole nella colica renale, manca nelle altre coliche.

Ricerche sperimentali sul potere di eliminazione delle sierose.

PASQUALINO G. — L'O. ha studiato il potere di eliminazione delle sierose iniettando nelle cavità peritoneale e pleurica liquidi a varia concentrazione, in cani normali e ad ureteri legati. Ha fermata la sua attenzione sulla eliminazione dei cloruri e dell'urea. I primi raggiungono nel liquido peritoneale e pleurico la concentrazione del sangue, usando acqua distillata o soluzioni ipotoniche usando invece soluzioni isotoniche od ipertoniche, raggiungono una più bassa concentrazione. L'urea, indifferentemente per le varie soluzioni usate raggiunge e supera il tasso uremico.

Con successive iniezioni e sottrazioni di liquido dal peritoneo ha visto diminuire la quantità di urea nel sangue.

La legatura degli ureteri non provoca un aumento notevole della eliminazione dei cloruri L'urea invece viene eliminata in maggiore quantità corrispondentemente all'aumentato tasso uremico.

L'O. ha inoltre studiata la eliminazione di alcune sostanze iniettate per via endovenosa. Finora ha potuto vedere che l'joduro di sodio si elimina attraverso il peritoneo, dopo 4-5 minuti primi, qualunque sia la soluzione usata, il blù di metilene, mentre che praticando l'idroperitoneo isotonico si elimina, con quello ipertonico non si elimina. Il rosso Congo non si elimina attraverso il peritoneo. A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sulla funzione del lobo anteriore dell'ipofisi.

B. Zondeck (*Dtsch. Mediz. Wochensch.*, n. 8, 1930) è giunto alla constatazione dell'importanza del lobo anteriore dell'ipofisi, studiando l'ormone sessuale femminile: negli animali, portati con la « follicolina » ad uno stato di pubertà precoce, le ovaia non si mostrarono affatto modificate; l'effetto dell'ormone era extra-ovarico, e precisamente la sua azione si esplicava sul lobo anteriore dell'ipofisi; esso è dunque il motore della funzione sessuale, e il suo ormone è un vero ormone sessuale.

Lo Zondeck ricorda poi che la reazione della gravidanza si basa appunto sulla presenza nelle urine di ormone del lobo anteriore dell'ipofisi; essa è positiva solo nell'uomo e nella scimmia.

In quanto all'ormone, estratto come è noto, col nome di Prolan, esso ha due azioni ben distinte, contrarie anzi: una di maturazione dei follicoli e una di inibizione dello sviluppo delle uova, onde va considerato come formato di due ormoni diversi: il Prolan B e il Prolan A.

Mentre essi sono tutti e due presenti nelle urine della gravidanza il Prolan A è presente da solo, in piccola quantità, nell'urina di pazienti affette da tumori dell'apparato genitale, e nei casi di arresto della funzione sessuale; le ricerche sul climaterio e sulla castrazione permettono al Zondeck di affermare che la comparsa di Prolan A nelle urine è in diretto rapporto con la cessazione dell'attività sessuale e permette di affermarla obbiettivamente.

V. SERRA.

Sull'etiologia delle cisti ovariche.

Iniettando nelle cavie estratti pituitari, G. Rohdenburg e A. Hellman (*N. Y. State Journal of medicine*) sono riusciti a provocare la formazione di numerose cisti nelle ovaia, per una disturbata regressione del corpo luteo. Ciò porta ad una atresia di alcuni follicoli che, ad ogni congestione dell'ovaio, aumentano di volume e dànno dolore. Anche nella donna gli AA. hanno potuto mettere in rapporto l'iperpituitarismo con le crisi dolorose ovariche, e con la formazione di cisti: la terapia tiroidea e ovarica si è talora dimostrata utile. Però, pur continuando la terapia endocrina, è spesso necessario ricorrere alla radioterapia o all'intervento chirurgico.

DORIA.

L'influsso esogeno del ricambio placentare.

Ricerche sperimentali sui ratti, eseguite da H. Guggisberg (*Deut. med. Wochens.*, n. 47, 1929), hanno dimostrato che la placenta umana rappresenta un organo di accumulo per le vitamine. Essa possederebbe infatti proprietà attive, per le quali attirerebbe con grande energia dai tessuti materni le sostanze costitutive residue. Se quindi le vitamine materne sono scarse, anche le riserve del feto vengono ad essere piccole, e la resistenza verso i danni extrauterini minore. Per mezzo di prove su uomini e su ratti si è dimostrato infatti che l'introduzione eccessiva di vitamina D durante la gravidanza aumenta notevolmente il contenuto vitaminico del feto. Così pure le cure prenatali, l'igiene e la nutrizione sufficiente hanno grande importanza per la formazione del nuovo essere.

L'influsso esogeno del ricambio placentare si esplicherebbe, in definitiva, sul ricambio minerale e sul contenuto vitaminico.

M. FABERI.

CASISTICA.

L'epilessia funzionale.

Accanto alle forme schematiche e classiche dell'epilessia con l'inizio nell'età infantile, l'involuzione verso la demenza, e le caratteristiche somatiche, Manz (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n. 20, 1930) ricorda l'esistenza di altre forme di epilessia: sono quelle in cui mancano e nell'aspetto personale e nell'eredità gli elementi della malattia, e in cui la comparsa di attacchi assoluti pone il medico, appunto per la mancanza di dati anamnestici, nel più grave imbarazzo diagnostico.

Come è noto la causa dell'attacco epilettico — secondo le vedute moderne — va ricercata in disturbi di circolo e specialmente in fatti di angiospasmo, con riduzione brusca e intensa della circolazione.

Ora uno stato di eccitazione vasale — e quindi una facilità agli spasmi — è rilevabile in un certo « tipo » di donne generalmente — che l'A. chiama « capace di trattenersi » — in contrasto col « tipo » epilettico classico, che tende non solo a non trattenere, ma a fare esplodere i suoi sentimenti.

Si tratta invece qui di persone sensibili — finemente educate — con una vita interiore assai agitata per il contrasto tra la forza degl'istinti naturali e la volontà di trattenerli; la necessità di una lotta quotidiana per la vita, il contatto con l'uomo, l'urto con tutti i lati brutti dell'esistenza contribuiscono a crea-re uno stato di esaltazione subcosciente di cui il sistema circolatorio cerebrale è il primo a risentire: si tratta dell'accumulo lento e progressivo di cause epilettizzanti.

Le emozioni, i piccoli traumi, i disturbi della menopausa possono scatenare gli attacchi. L'isterismo non entra affatto nella patogenesi di questo complicato meccanismo.

V. SERRA.

L'encefalite tifica.

J. Chalier e R. Froment (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 giugno 1930) rilevano che, sebbene non sia stata messa in causa che del tutto eccezionalmente, l'encefalite tifica sembra relativamente frequente. Se la sua esistenza è stata finora misconosciuta, ciò si deve al fatto che prima della recente epidemia di encefalite non si sospettava affatto il polimorfismo, nè il carettere spesso larvato e poco appariscente della sintomatologia encefalitica.

Le forme cliniche meglio caratterizzate dell'encefalite tifica sono:

1) la forma oculo-psichica;

2) le forme psichiche pure (deliri acuti, deliri della convalescenza) che possono lasciare delle sequele mentali definitive ed anche uno stato demenziale simile alla demenza paralitica;

3) la forma emiplegica e la forma afasica, che possono associarsi;

4) la forma convulsiva, che può essere l'origine di un stato comiziale definitivo;

5) la forma cerebello-spastica, che realizza una sindrome più o meno tipica di sclerosi a placche o di atassia acuta.

Accanto a queste forme bene caratterizzate, devono esistere delle forme fruste o larvate dell'encefalite tifica; tali sono le tifo-psicosi che, in assenza di una tifoide tipica, rivestono più o meno la maschera della alienazione mentale; così, certi stati meningei curabili, osservati nel decorso della tifoide; numerose meningiti puriformi asettiche sembrano pure entrare in questo ordine di fatti; fino alle forme gravi di *tuphos* che fanno pensare ad un'infiammazione encefalitica più o meno leggera.

L'esame del liquor aiuta la diagnosi. Le sue modificazioni (linfocitosi discrete e soprattutto instabile, conservazione della quantità dello zucchero, assenza di germi infettivi anche alla cultura) escludendo un'infezione meningea, permettono di affermare l'esistenza di una infiammazione vicina. Esse sono completamente paragonabili a quelle che si osservano nell'encefalite epidemica. *fil.*

La meningite primitiva da orecchioni.

Nella parotite epidemica, la più semplice, il liquor presenta sempre delle modificazioni citochimiche, che non si traducono generalmente con nessun fenomeno clinico.

In qualche caso, però, si ha un episodio meningeo spesso violento ma breve che presenta le seguenti caratteristiche. Inizio brusco, febbre elevata, polso moderatamente frequente, cefalea violenta, continua, con vomiti, costipazione, ventre retratto, rigidità della nuca, Kernig, con attitudine da cane da caccia; talora delirio od agitazione, ma non coma.

Il liquor è limpido, iperteso, con iperalbulinosi (0,60-1 g.); glicorachia quasi normale, un po' diminuita (0,40-0,60); linfocitosi abbondante, 50-300 per mmc. Liquor sterile.

Lo stato del malato (per lo più bambini o giovani) non si modifica per 3-5 giorni; compaiono poi i segni di una parotite bilaterale ed i sintomi meningei regrediscono progressivamente. Secondo V. De Lavergne e P. Kissel (*L'Hôpital*, maggio) si è sempre avuta guarigione.

Diagnosi differenziale. Può essere talora imbarazzante. Si eliminerà dapprima la sifilide; l'assenza di espettorazione rugginosa e di segni polmonari faranno eliminare una sindrome meningea di origine pneumonica.

La natura tubercolare potrà essere eliminata per il fatto dell'inizio brusco, dell'intensità della rigidità e del Kernig, per l'assenza di disturbi oculari, dalla quantità di cloruri non abbassata nel liquor.

In presenza di sindromi meningee a liquor limpido e senza manifesti segni eziologici o clinici, si dovrà pensare alla meningite primitiva da orecchioni.

È poi probabile che questa determini un certo numero di reazioni meningee, curabili, a linfociti, di cui spesso la causa non può essere determinata. *fil.*

Morbo di Hodgkin e paraplegia per localizzazioni meningee.

Non è un fatto raro osservare in una linfogranulomatosi maligna una compressione midollare per diffusione del processo alle vertebre.

Sono invece rare le complicazioni midollari per metastasi meningee pure, senza interessamento osseo, e di queste Cain, Rachet e Horowitz (*B. Soc. Med. Hôp.*, n. 35, dic. 1929) ne riferiscono due casi.

In un caso si trattava d'una invasione per metastasi della dura madre del tessuto granulomatoso, senza lesione del midollo o del rachide; nell'altro caso la lesione giungeva a contatto del midollo, e comprimeva i vasi, con successiva necrosi midollare. Le radici ed i gangli rachidiani erano spariti, inglobati nel tessuto linfogranulomatoso.

Questa diffusione è rara, e di regola le compressioni midollari o radicolari in una linfogranulomatosi sono condizionate da neoformazioni d'origine osteo-periostee.

In questi casi invece non vi era alcuna partecipazione delle vertebre.

Caratteristica è la rapidità d'apparizione e d'evoluzione della paraplegia nei due casi: 8 e 15 giorni; in uno assunse la forma d'una mielite diffusa, nell'altro il quadro fu quello d'una sezione completa del midollo corrispondente.

In entrambi i casi non vi fu alcuna nota di tubercolosi, contrariamente a quanto credono alcuni AA. sulla genesi della linfogranulomatosi.

CARUSI.

TERAPIA.

Il trattamento delle pleuriti purulente tubercolari.

Per il trattamento di queste forme, di questi « ascessi freddi pleurici », è necessario, come per la cura della tubercolosi, pazienza e lunga perseveranza.

J. Rieux, (*Journ. des Pratic.*, n. 22, maggio 1930) riferisce un caso in cui la pleurite durò dieci mesi; furono fatte dieci punture evacuatrici, ed estratti 7500 cmc. di pus pleurico.

Alle estrazioni di pus, l'A. ha fatto seguire, la prima volta l'introduzione di 500 cmc. di aria, e le volte successive una soluzione di olio d'eucaliptolo al 2-5 %, in complesso litri 1,500 di olio d'eucaliptolo.

Tale terapia agisce nel senso che la puntura evacuatrice, fatta con le dovute precauzioni, evita l'infezione pleurica secondaria a germi piogeni; l'iniezione d'aria attenua l'infiammazione pleurica e l'oleotorace, irritando la pleura, provoca una essudazione che liquefa il pus pleurico, e ne favorisce l'aspirazione.

Talora però l'oleotorace agisce in modo da impedire la sinfisi pleurica.

Allorchè ad un versamento pleurico si accompagnano fenomeni generali gravi, e specialmente la febbre, è necessario rendere più frequenti le punture evacuatrici, le quali devono essere fatte con maggior attenzione per evitare infezioni secondarie o seni fistolosi; si consiglia pertanto di praticare le punture con aghi sottili, di far giacere il malato in decubito laterale, sul lato opposto a quello malato, dopo l'operazione, e di introdurre nel lume dell'ago, immediatamente prima di ritirarlo, il mandrino riscaldato.

Sono stati proposti altri liquidi modificatori in luogo dell'oleotorace, ma l'A. è partigiano di questo medicamento.

Il comportamento terapeutico diventa più complesso allorchè il versamento pleurico purulento tubercolare diventa settico, per infezione secondaria causata da germi piogeni. Conviene in questo caso ricorrere alla pleurotomia?

Anche in tali casi è consigliabile di ottener un miglioramento con cure mediche, consistenti in frequenti evacuazioni del versamento, seguìte o non da oleotorace o da lavaggi modificatori.

È consigliabile inoltre usare le iniezioni endopleuriche di filtrati vaccinici di Besredka, o anche di vaccini lisizzati. Se l'insistenza di tali interventi non riesce a modificare la natura del liquido e lo stato generale, si dovrà come ultima condizione pensare alla pleurotomia. Alcuni AA. hanno ottenuti buoni successi praticando una pleurotomia con drenaggio continuo, seguìto da lavaggio pleurico con soluzione di Dakin o di etere jodoformico. Queste pleurotomie larghe sono però deprecate da altri, per le infezioni che possono aggiungere a quelle già esistenti; è consigliabile in tali evenienze fare dei piccoli fori, di 3 cm. sufficienti ad assicurare l'evacuazione del pus ricorrere cioè al drenaggio discontinuo a torace chiuso.

Se anche tale intervento è insufficiente, e si ha difficoltà all'accollamento pleurico, con persistenza d'una cavità suppurante e con fistola pleuro-parietale, talora anche con comunicazione pleuro-bronchiale, è necessario ricorrere agli interventi chirurgici, alla frenicectomia, alla toracoplastica, separate o associate.

CARUSI.

Effetti dell'alimentazione priva di sale sulle malattie tubercolari.

La dieta raccomandata da A. Hermannsdorfer (*Zeit. f. Tuberkulose*, n. 4, 1930) per la cura delle affezioni tubercolari differisce dalla dieta di Gerson nei punti seguenti: G. concede la carne in quantità molto limitata, 100 grammi alla settimana; H. in quantità di 600 gr. la settimana. G. proibisce, H. raccomanda le interiora (milza, animelle, fegato, polmone, reno). G. concede solo 70 gr. di pesce alla settimana; H. a volontà. G. dà 1/4 di litro di latte al giorno e 40 gr. complessivi di albumina; H. un litro di latte e 90 gr. di albumina al giorno. G. consiglia poco grasso, proibisce la panna, dà molte patate, il tuorlo solo dell'uovo; H. dà 160-200 gr. di grasso al giorno permette 1/4 di panna al giorno, e l'uovo intero, limita le patate ad un massimo di 125 gr. al giorno. Come G. anche H. proibisce il sale, i cibi in conserva, le carni affumicate o insaccate e limita la farina (30 gr. al giorno), lo zucchero (30 gr. al giorno), il riso, tutti gli altri farinacei, la birra, il vino, il caffè, il thè, la camomilla.

Figure a colori illustrano meglio di quanto lo potrebbe fare qualsiasi descrizione clinica i buoni risultati ottenuti con la dieta di Hermannsdorfer in tre casi. Nel primo caso lupus ulceroso e crostoso del viso, dell'addome e del braccio sinistro: guarigione quasi completa. Nel secondo caso, tubercolosi secondaria dei polmoni, spina ventosa fistolizzata dell'indice destro, tubercolosi fistolizzata della quinta costola sinistra, ulcera tubercolare alla parte interna del ginocchio sinistro: dopo 11 mesi di cura: polmoni guariti, fistola costale e ulcerazione cutanea cicatrizzate, indice sinistro molto meno ingrossato, secrezione quasi cessata. L'ammalata venne rivista dopo un anno, del tutto guarita. Nel terzo caso lupus ulceroso e squamoso del dorso della mano destra e fistole tubercolari al costato di sinistra. Guarigione completa. Prossimamente l'autore riferirà su molti casi analoghi.

POLLITZER.

Trattamento della tubercolosi con calcio ed jodio.

K. Fraser (*British med. journ.*, 24 maggio 1930), basandosi sul fatto che, nella tubercolosi v'è un certo grado di deficienza minerale, ha curato alcuni pazienti con la somministra-

zione di calcio colloidale per iniezioni endomuscolari (da cmc. 0,5) o con lattato di calcio per bocca (30 cg. al giorno) e tintura di jodio (senza joduro di potassio!) in quantità di cmc. 0,18 in un cucchiaio di emulsione di olio di fegato di merluzzo, tre volte al giorno.

I risultati, a quanto osserva l'A. e comprova con grafiche di temperatura, del peso, de conte bacillari nello sputo, sono stati soddisfacenti. *fil.*

VARIA.

Il Servizio Meteorico Sanitario Italiano.

Il 12 maggio u. s. il padre Paoloni, direttore dell'Osservatorio Geofisico di Montecassino, tenne a Lido-Venezia, durante il corso teorico-pratico di talasso-terapia, una conferenza sui rapporti tra la meteorologia e la morbosità umana; scopo della quale era di fondare, come fu realmente fondato, un regolare *Servizio Meteorico Sanitario*, il quale giustamente si è chiamato *italiano*, non solo perchè sarà organizzato in tutta l'Italia, ma anche perchè è una istituzione che esiste solo in Italia.

La direzione del Servizio Meteorico Sanitario Italiano è stata affidata al prof. Giulio Ceresole, con sede centrale presso l'Ospedale al Mare del Lido.

Il padre Paoloni e il prof. Ceresole sperano di trovare nei medici italiani, e specialmente in quelli che frequentano cliniche, ospedali ed istituti di educazione, molti collaboratori.

E' assolutamente necessario lavorare con criteri unici, e perciò a spiegazione e complemento delle norme esposte nella conferenza del P. Paoloni, questi, d'accordo col prof. Ceresole, crede opportuno di aggiungere quanto segue:

1) Non è assolutamente necessario, per incominciare a collaborare, d'impiantare subito degli apparecchi meteorologici. Questi o si potranno avere col tempo, coll'aiuto di qualche clinica locale, o si potranno avere i dati meteorologici dall'Osservatorio più vicino; ma anche se tutto ciò non fosse possibile, non per questo le sole osservazioni sanitarie saranno meno interessanti, bastando alla Direzione del Servizio, per lo studio che si vuol fare, il sapere quale fu l'andamento di questa o di quella malattia nei diversi mesi e nelle diverse stagioni. Ecco perchè per riempire la prima parte del modulo si credono sufficienti i dati meteorici dell'Osservatorio più vicino; ed è noto che in ogni provincia esistono parecchi osservatori meteorologici.

2) Nelle caselle in bianco della seconda parte del modulo non occorre prender nota delle fasi di sei o sette malattie, ma basta prender nota delle fasi della malattia predominante in quel mese o in quella stagione.

3) Così non è necessario prender nota di tutte le quattro fasi (*n*, nuovi casi; *p*, peggiorati; *m*, migliorati; *g*, guariti), perchè è naturale che di alcune malattie non si hanno spesso nuovi casi, o non è facile la guarigione. P. e. in un manicomio si potranno notare quanti furono in ciascuna decade i nuovi malati di mente venuti e quanti quelli che si poterono considerare, sia pure provvisoriamente, guariti, tanto da poterli adibire ai varii servizi famigliari; ma non sarà facile notare nella maggior parte dei pazzi un miglioramento o un peggioramento, e molto meno da un giorno all'altro. Trattandosi però di epilettici, l'incaricato del reparto di questi potrebbe prender nota, nella seconda colonna (*p*), quanti furono in ciascun giorno gli accessi epilettici; essendo naturale che se un giorno non si verificarono affatto ed un altro giorno molti, la causa di questo peggioramento potrà facilmente trovarsi in qualche fenomeno atmosferico di quel giorno.

Tutte le quattro fasi potranno invece facilmente notarsi in occasione di malattie esantemiche o infettive, specialmente nei collegi e nei seminari, dove è molto facile sapere quanti sono, nella giornata, i nuovi casi, quanti i peggiorati, quanti i migliorati e quanti quelli che si possono considerare guariti.

4) Essendo molto facile prender nota di questi dati negli ospedali, nelle cliniche e negli istituti di educazione, i medici possono affidare la compilazione del modulo a qualche infermiere intelligente e di buona volontà, dandogli, naturalmente, tutte le istruzioni, aiutandolo specialmente nei primi mesi e domandandogli conto, volta per volta, di ciò che ha notato, onde correggere qualche eventuale difetto. Ma se si accorgerà che la persona non prende a cuore la cosa, non se ne serva, perchè i dati raccolti con poca esattezza o per... interesse, riescono più dannosi che utili alle ricerche scientifiche.

5) Per la stessa ragione, essendo facile alla Direzione del Servizio Meteorico Sanitario Italiano accorgersi quali medici prenderanno più a cuore l'incarico che viene loro affidato, dopo l'esperimento del primo anno si accetterà solo la collaborazione di quelli che più daranno affidamento e che si dimostreranno più diligenti; e a questi benemeriti della scienza italiana sarà data una sola ricompensa: quella di additarli alla riconoscenza della Patria, e specialmente del Duce, il quale, come ha ben detto il P. Paoloni alla fine della sua conferenza, non fa mancare il suo incoraggiamento e il suo aiuto a quegl'italiani che si sforzano di conservare all'Italia il primato su tutte le cose.

Chi desidera prender parte al Servizio meteorico Sanitario Italiano, si rivolga pertanto al Direttore Prof. Giulio Ceresole (Ospedale al Mare di Lido-Venezia), il quale fornirà gratuitamente non solo i moduli, ma anche una copia della conferenza del P. Paoloni sui rapporti tra la meteorologia e la morbosità umana.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Nuove disposizioni per il riconoscimento della qualifica di specialista.

La *Gazzetta Ufficiale* del 3 luglio, n. 154, ha pubblicato il R. D. 15 maggio 1930, n. 861, contenente nuove disposizioni per il riconoscimento della qualifica di specialista nei vari rami dell'esercizio professionale.

Agli art. 1, 2 e 3 del R. D. 29 agosto 1929, n. 1823, sono sostituiti gli articoli seguenti:

Art. 1. — Coloro i quali dimostrino con titoli e documenti di avere esercitato lodevolmente per cinque anni, computati anteriormente alla data di pubblicazione del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909, e cioè al 18 gennaio 1924, la specialità in un ramo professionale, possono assumere la qualifica di specialista.

Per coloro i quali abbiano prestato servizio militare durante il quinquennio anteriormente al 18 gennaio 1924, il periodo di lodevole servizio anteriore a tale data è ridotto a 3 anni.

Lo stesso beneficio è concesso a coloro i quali dimostrino di aver prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918.

Sui titoli e documenti presentati dagli aspiranti al riconoscimento giudicano Commissioni appositamente istituite ai sensi dell'art. 2 del presente decreto per ciascuna delle professioni per le quali sia possibile di ammettere l'esistenza di specialità.

Ciascuna Commissione, prima di giudicare in merito alle singole domande, delibera, caso per caso, se per l'importanza e la serietà della specialità, per la quale si è richiesto il riconoscimento della qualifica, si possa dar corso all'esame della domanda presentata, e determina la denominazione della specialità stessa.

Per coloro i quali avessero conseguito anteriormente al 18 gennaio 1924 diplomi o titoli di specialità presso Istituti superiori di perfezionamento legalmente autorizzati a rilasciarli, le Commissioni competenti giudicheranno se i diplomi o i titoli stessi possano ritenersi sufficienti per la concessione del riconoscimento della qualifica e se gl'interessati debbano essere invitati a dimostrare il lodevole esercizio quinquennale o triennale di cui ai commi precedenti.

Art. 2. — Le Commissioni giudicatrici sono nominate dal Ministro per l'educazione nazionale, di concerto con gli altri Ministri interessati, e sono composte di cinque membri: due scelti fra i professori ufficiali della Università e degli Istituti superiori, due fra i liberi professionisti delle rispettive professioni su terne designate dalla Confederazione nazionale Sindacati fascisti professionisti ed artisti per il tramite del Ministero delle Corporazioni, ed uno tra i funzionari del ruolo amministrativo del Ministero dell'Educazione Nazionale, di grado non inferiore al sesto.

Per ciascuna delle categorie indicate nel comma precedente sono nominati altrettanti supplenti chiamati a sostituire i rispettivi titolari nel caso di assenza.

Col decreto di costituzione della Commissione il Ministro per l'Educazione Nazionale nomina il presidente.

E' in facoltà del presidente stesso di proporre al Ministro, tutte le volte che ne ravvisi l'opportunità, la nomina quale membro aggregato con voto consultivo di un professore universitario o di un cultore di una particolare specialità.

A richiesta del presidente potranno anche essere aggregati, con voto consultivo, altri due liberi professionisti della regione cui appartengono i singoli aspiranti, su designazione della Confederazione nazionale Sindacati fascisti professionisti ed artisti fatta per il tramite del Ministero delle Corporazioni.

Il Ministro per l'educazione Nazionale, in relazione al numero degli aspiranti, ha la facoltà di nominare un'unica Commissione per più professioni affini tra loro.

Adempiono alle funzioni di Segreteria delle Commissioni funzionari della carriera amministrativa del Ministero dell'Educaz. Nazionale.

Art. 3. — Entro il 31 dicembre 1930 coloro che aspirano al riconoscimento di cui all'art. 1 debbono presentarne domanda al presidente dell'Ordine o Collegio competente della circoscrizione ove l'aspirante ha la residenza, se la formazione e la tenuta dell'albo professionale sia dalle leggi vigenti affidata ad un Ordine o Collegio, o, se si tratti di professione per la quale non sia costituito legalmente un Ordine o Collegio, all'organo competente delle associazioni sindacali legalmente riconosciute, al quale, giusta la legge 3 aprile 1926, n. 563, ed il R. D. 1° luglio 1926, n. 1130, sia affidata la tenuta dell'albo.

Ove manchi anche l'associazione sindacale legalmente riconosciuta, la domanda deve essere inviata direttamente al Ministero dell'Educazione Nazionale.

La domanda, redatta in carta legale da L. 5 e diretta al Ministero dell'Educazione Nazionale, deve essere corredata dai seguenti documenti:

1) certificato di nascita;
2) certificato di cittadinanza italiana o certificato di cittadinanza di uno Stato estero avente trattamento di reciprocità con l'Italia;
3) certificato di residenza;
4) certificato generale del casellario giudi-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

ziale di data non anteriore a tre mesi a quella della presentazione della domanda;

5) certificato di moralità rilasciato dal podestà ove l'istante ha il suo domicilio o la sua residenza abituale, di data non anteriore a tre mesi a quella della presentazione della domanda;

6) titolo di laurea o diploma o titolo in base al quale il richiedente abbia ottenuto la abilitazione, in originale od in copia autentica;

7) certificato rilasciato dall'Ordine o Collegio competente, o, se l'Ordine o Collegio non sia legalmente costituito, dall'Organo incaricato della tenuta dell'albo, dal quale risulti che l'aspirante è abilitato all'esercizio della professione della quale fa parte la specialità. Se manchi l'associazione legalmente riconosciuta cui sia affidata la tenuta dell'albo, ovvero se l'esercizio professionale non sia subordinato all'iscrizione in un albo, l'aspirante si limiterà a presentare il documento di cui al n. 6;

8) certificato comprovante il servizio militare;

9) titoli e documenti comprovanti l'esercizio quinquennale o triennale della specialità;

10) relazione dettagliata dell'attività professionale dell'aspirante con l'indicazione degli studi compiuti, degli esperimenti fatti e la specificazione di date e località precise che possano agevolarne l'eventuale controllo;

11) elenco in triplice esemplare dei documenti e titoli presentati.

Tutti i documenti specificati nei numeri da 1 a 7 debbono essere, in ogni caso, legalizzati: i documenti specificati nei numeri 8 e 9 saranno legalizzati, ove la legalizzazione sia necessaria.

Stabilisce lo stesso decreto che rimangono ferme le disposizioni degli art. 4, 5 e 6 del decreto 29 agosto 1929, n. 1823. Per completezza dell'ordinamento giuridico circa la qualifica di specialista riportiamo anche queste disposizioni:

Art. 4. — Di mano in mano che le domande sono presentate esse debbono essere inviate al Ministero della Pubblica Istruzione dai presidenti degli Ordini o Collegi o dai competenti organi delle associazioni sindacali, legalmente riconosciute, con la relativa documentazione, aggiungendovi il proprio parere motivato.

Art. 5. — Il giudizio delle Commissioni è insindacabile.

Le deliberazioni sono valide anche se alle adunanze relative non abbia partecipato la totalità dei membri costituenti ciascuna Commissione, sempre che sia presente o partecipi alla deliberazione un rappresentante di ciascuna categoria di cui al primo comma dell'art. 2.

Il giudizio delle Commissioni viene comunicato dal Ministero della Pubblica Istruzione agli interessati pel tramite dei Consigli o degli Ordini professionali o delle associazioni legalmente riconosciute, ovvero direttamente dallo stesso Ministero, qualora manchi l'Ordine, o il Collegio, o l'organo sindacale incaricato della tenuta dell'albo.

Ove il giudizio sia favorevole, viene riconosciuta all'interessato, mediante decreto del Ministero per la Pubblica Istruzione, la qualifica di specialista.

Art. 6. — Nulla è innovato alle disposizioni dell'art. 19 del R. D. legge 23 ottobre 1927, n. 2105, per quanto riguarda il contributo degli aspiranti alle spese pel funzionamento delle Commissioni.

Le modificazioni più importanti riguardano i requisiti per il riconoscimento del titolo.

E' da notare, anzitutto, che l'art. 1° del R. D. 1929 specificava così l'obbietto dell'attività: « Una specialità in qualsiasi ramo professionale »; *l'art. 1° del decreto 1930 usa invece questa formula:* « Specialità in un ramo professionale ». *La differenza non è soltanto letterale, ma si riconnette alla disposizione del quarto comma dell'art. 1° del decreto 1930, la quale stabilisce che « ciascuna Commissione, prima di giudicare in merito alle singole domande, delibera caso per caso se, per l'importanza e la serietà della specialità per la quale si è richiesto il riconoscimento della qualifica, si possa dar corso all'esame della domanda presentata e determina la denominazione della specialità stessa ».*

Non è valutabile, dunque, qualsiasi specializzazione in un ramo professionale; l'attività deve riferirsi ad un campo di studi che, per importanza, possa essere considerato obbietto di vera e propria specialità. Opportunamente si sono volute evitare dannose frantumazioni.

La condizione del servizio anteriore al 18 gennaio 1924 è modificata per coloro che hanno prestato servizio militare: il termine è ridotto, per essi, a tre anni. Per questo effetto, è sufficiente dimostrare la prestazione di servizio militare, anche se non attinente alla guerra, anteriormente al 18 gennaio 1924 o la prestazione di servizio militare durante la guerra, per qualsiasi durata.

Importante è la innovazione risultante dall'ultimo comma dell'art. 1°. Le Commissioni possono riconoscere il titolo di specialista indipendentemente dalla dimostrazione del servizio lodevole previsto dal primo comma dello stesso articolo, qualora il richiedente abbia conseguito, anteriormente al 18 gennaio 1924, diplomi o titoli di specialità presso istituti superiori di perfezionamento, legalmente autorizzati a rilasciarli. Non basta, però, qualsiasi titolo o diploma: la Commissione deve valutare se, tenuto conto della importanza del corso, della durata, del profitto risultante dai voti, della serietà dell'ordinamento, il titolo sia idoneo allo scopo di accertare la competenza specifica, che è il presupposto sostanziale del riconoscimento della qualifica di specialista.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Società delle Nazioni.

Il Consiglio della Società, nella seduta del 14 maggio, ha accettato le raccomandazioni presentate dal Comitato d'Igiene in merito alle proposte del Governo cinese per una collaborazione con la Società delle Nazioni in materia d'igiene.

Il Consiglio ha invitato il Direttore medico ad assicurare il concorso della Organizzazione d'Igiene per l'espletamento di questo programma.

Il Governo cinese ha già dato una sanzione materiale al programma, destinando un credito speciale di un milione di dollari messicani alla creazione delle istituzioni sanitarie indispensabili. Prima ancora che il Comitato d'Igiene si fosse riunito per l'ultima Sessione di marzo, il quinto di questa somma era stato posto a disposizione del Ministero d'Igiene della Cina.

Il Consiglio nella seduta del 15 maggio ha proceduto alla rinnovazione di alcuni Membri del Comitato d'Igiene, il cui mandato veniva a scadere col 30 giugno 1930.

Del nuovo Consiglio entrano a far parte per l'Italia: A. Lutrario e V. Ascoli.

Il Consiglio, nella seduta del 14 maggio, ha preso due decisioni che segnano una tappa importante nella lotta contro l'oppio e gli stupefacenti, l'una relativa all'allargamento della composizione della Commissione dell'Oppio; l'altra alla convocazione di una Conferenza per la limitazione della fabbricazione degli stupefacenti.

Nel settembre ultimo si era raggiunto l'accordo alla X Assemblea sul principio della limitazione della fabbricazione degli stupefacenti e sulla convocazione di una Conferenza diretta ad attuare questo principio.

Avendo la Commissione dell'Oppio nel gennaio 1930, durante la sua ultima Sessione, elaborato un piano dei lavori di questa Conferenza, il Consiglio ha ritenuto che questo piano rappresentava una base pratica di discussione e che doveva essere comunicato ai Governi con invito di trasmettere le eventuali osservazioni entro il termine di tre mesi.

Esso ha d'altra parte fissato provvisoriamente la Conferenza per il 1° dicembre 1930. Saranno invitati non soltanto i Paesi di fabbricazione ma anche i Governi dei principali Stati consumatori.

Il Consiglio ha anche predisposto le misure per la preparazione dei lavori della Conferenza.

Il Consiglio ha preso atto del rapporto preliminare del Comitato centrale permanente dell'Oppio sui lavori delle tre ultime Sessioni.

Emerge da questo rapporto che le relazioni tra il Comitato e la Commissione dell'Oppio assumono un carattere sempre più definito e soddisfacente.

La Commissione per l'insegnamento dell'igiene e per la medicina preventiva si è riunita a Parigi, il 30 maggio, sotto la presidenza del prof. Léon Bernard. Essa ha studiato, in collaborazione coi Direttori di Scuole d'Igiene pubblica di otto Paesi, fra cui gli Stati Uniti d'America e il Giappone, le questioni relative alla attività generale e all'insegnamento delle Scuole d'Igiene pubblica esistenti. Quattro di queste Scuole, quelle di Budapest, di Varsavia, di Zagreb e di Londra, sono sorte di recente.

È stato comunicato alla Commissione il progetto di istituzione di una Stazione centrale di Igiene a Nankino, conformemente alla richiesta del Ministero d'Igiene della Cina.

La Commissione per la malaria si è riunita il 21 maggio ad Algeri sotto la presidenza del prof. Lutrario. Dopo aver preso visione di un Rapporto sul viaggio compiuto nelle Indie dall'agosto al dicembre 1929, ha proseguito le ricerche sul problema dei delta dei fiumi in relazione alla malaria, nonchè sul trattamento di questa malattia mediante alcaloidi secondari e chineti.

MEDICINA SOCIALE.

La scomparsa della pellagra nella Venezia Tridentina.

La *Gazzetta ufficiale* pubblica un regio decreto di cui l'importanza non risiede tanto nella sua portata quanto nel suo significato speciale e nella constatazione delle migliorate condizioni sanitarie di un'intiera regione: il Trentino. Il regio decreto in questione sopprime « il fondo pellagra » per la provincia di Trento e devolve il suo patrimonio al Consorzio provinciale antitubercolare della provincia medesima.

Occorre premettere che il cessato Governo austriaco, con una legge del 1904, al fine di combattere la pellagra nella regione Trentina, aveva costituito l'ente autonomo denominato « fondo pellagra », alla formazione del cui patrimonio concorsero lo Stato, la Provincia e i Comuni. Ma ora, grazie agli sforzi del regime fascista, il tristissimo male è totalmente scomparso dal Trentino; venute a mancare le cause per cui il fondo pellagra venne istituito, e cessata per conseguenza ogni ragione di tenere in vita l'ente medesimo, si è provveduto a devolverne le attività a favore del Consorzio provinciale antitubercolare di Trento, perchè siano impiegate ai fini della profilassi e della cura della tubercolosi.

Il vasto programma delle Mutue sanitarie nel Milanese.

Alla Federazione provinciale milanese fascista delle cooperative e delle mutue si è in fervore di opere e di attività, per creare un nuovo ordinamento delle Mutue sanitarie e tutto un immediato programma di lavoro. Questa attività dimostra quanta sia l'attenzione con cui l'on.

Peverelli, che soprassiede con tanto amore la Federazione delle cooperative e delle mutue, segue il vasto programma altamente sociale.

Il programma di lavoro e di riordinamento è stato delineato, con una perfetta visione dei bisogni, dal cav. Enrico Bassani, segretario della Federazione stessa.

Esso comprende anzitutto la organizzazione della più attiva propaganda presso tutti i Comuni e le Mutue sanitarie esistenti per diffondere il concetto della necessità della organizzazione razionale della mutualità sanitaria in provincia di Milano.

Si dovrà perciò provvedere alla diffusione di pubblicazioni, indire riunioni, conferenze e congressi mutualistici sanitari per ogni zona della Provincia, iniziare contatti, accordi con enti similari di altre provincie e con le autorità provinciali e locali sui problemi che interessano la generalità delle Mutue sanitarie. L'attività dovrà essere estesa alle consulenze private, agli ospedali e case di cura, al trasporto malati, ai convalescenziari, al servizio farmaceutico, alle stazioni balneo-termali, ecc.

Queste sono le direttive sulle quali si crede di indirizzare la Federazione sapendo così di darle i còmpiti che più sono aderenti alle necessità assistenziali delle Mutue come ad ovviare alle molte imperfezioni che oggi diminuiscono la loro efficienza impedendo il diffondersi della pratica mutualistica.

Fascismo e umanità.

Per chiarire subito quale posto occupano oggi fra le multiformi manifestazioni della previdenza umana le Mutue sanitarie e di quali sviluppi esse possono essere ancora capaci, basta pensare anzitutto che, mentre la Mutua soccorso risponde ancora solo al primo ed originale criterio della previdenza — che era quello innanzi tutto di risarcire il lavoratore in caso di malattia di almeno parte del suo salario giornaliero — tale compito è stato oggi rilevato e aggiornato dalle Casse mutue malattia paritetiche; Casse Mutue il cui imponente sviluppo fa pensare che saranno destinate ad assorbire domani le precedenti Mutue soccorso che così si ridurranno, per la maggior parte, ad essere un semplice duplicato.

Le Mutue sanitarie rispondono poi al concetto fascista di assicurare una assistenza medica, ambulatoria, ostetrica, ospitaliera, farmaceutica a tutti i componenti della famiglia del lavoratore, e basta pensare ancora che a questa forma di organizzazione mutualistica il Fascismo sta dando già in parecchie provincie tutta la sua collaborazione perchè riconosce che specie nelle migliorate condizioni sanitarie delle nostre popolazioni, stanno in gran parte quelle riserve demografiche che il Regime considera uno degli elementi necessari per l'avvenire d'Italia.

Non si dimentichi infatti che la Mutua sanitaria rappresenta un'assicurazione dei capi famiglia contro gli eccessivi pesi che verrebbero a gravare sul bilancio famigliare per l'imprevista necessità di determinate assistenze mediche od ospitaliere ai suoi componenti.

A lumeggiare ancor di più le funzioni delle Mutue sanitarie e come queste, oltre che a non essere degli inutili doppioni, vadano inoltre ad elargire i frutti della fraternità umana, su soggetti che altrimenti rimarrebbero avulsi da ogni forma di assistenza, basta il fatto che fino ad oggi esse sono l'unica importante forma di organizzazione mutualistica che estenda a tutti i membri della famiglia le sue uguali assistenze.

I primi risultati.

Dato così il quadro della ragione d'essere e delle funzioni che sono chiamate a svolgere le Mutue sanitarie, soffermiamoci ad esaminare la situazione che a questo proposito presenta la Provincia di Milano.

Il Fascismo milanese che ha bene inteso le funzioni altamente benefiche che possono svolgere queste istituzioni, ha, per il loro sorgere e per il loro rifiorire, sviluppato una intensa propaganda e continuamente ne sta svolgendo a mezzo dei Fasci della Provincia affinchè nessun Comune ne resti privo.

I risultati di questa laboriosa azione sono che a tutt'oggi le Mutue sanitarie esistenti nella Provincia sommano a centottanta e altre numerose se ne stanno costituendo.

Gli inscritti si possono sommare già a tutt'oggi a oltre un mezzo milione, e tale cifra, accuratamente controllata, se è già per il Fascismo milanese una ragione di orgoglio, perchè dimostra come con i fatti positivi si seguano le direttive del Duce che esorta i dirigenti del Regime ad andare incontro ai bisogni delle popolazioni, vuole essere anche un ottimo punto di partenza per perfezionare la organizzazione al fine di renderla sempre più efficente.

Il Direttorio Federale ha esaminato il programma che la presidenza aveva formulato ed ha deliberato di iniziare subito una vasta propaganda da svolgersi in collaborazione con la organizzazione politica e sindacale in tutte le zone della Provincia, per rendere edotte le Mutue sanitarie del nuovo programma che la Federazione Fascista sta per attuare.

Per questo il Direttorio ha stabilito che gli interventi della Federazione presso le Mutue saranno intesi a rendere più facile lo svolgimento delle loro attività benefiche, attuando il controllo amministrativo ma mantenendo intatta la loro fisionomia locale. Perciò si è deciso di modificare lo statuto federale al fine di precisare bene quali saranno i rapporti che intercederanno fra la Federazione e le Mutue.

Venendo poi ad esaminare l'attrezzamento direttivo della Federazione, il Direttorio ha chiamato a dirigere gli uffici il sig. Rossi, affidandogli l'incarico di presentare, nel più breve tempo possibile, il programma più urgente, affin-

chè l'azione della Federazione assuma al più presto carattere di efficenza.

Con questo la prima parte organizzativa, che questo nuovo organismo svolge nella Provincia viene ad ultimarsi, per dar luogo alla trattazione di tutti i problemi pratici per l'assistenza di queste numerose istituzioni ha posto all'attenzione del Fascio Milanese.

L'on. Peverelli, concludendo la discussione, ha rilevato lo spirito di profonda collaborazione manifestatosi nella riunione fra i rappresentanti dell'organizzazione mutualistica sindacale e politica e da questo ha tratto i migliori auspici sull'azione che sarà fatta a favore delle popolazioni più bisognose della Provincia.

Cronaca del movimento professionale.

23° Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Avrà luogo a Venezia nei giorni 18-20 settembre.

I medici condotti che intendono partecipare al Convegno dovranno indirizzare la scheda di adesione al segretario provinciale del Pubblico Impiego, rag. Gardenio Granata, Calle al Ponte dell'Angelo, 5314, Venezia.

Chi intende trattare uno o più temi è pregato di mandare subito alla Segreteria Nazionale (via Modena 5, Roma) il titolo del tema e un riassunto dello svolgimento.

Inviare le adesioni il più presto possibile, non oltre il 15 agosto.

Sindacato Medico Fascista della provincia di Milano.

Si porta a conoscenza degli interessati che la sede dei Sindacati Fascisti Sanitari e degli Ordini dei Sanitari della Provincia di Milano è stata trasferita da via Dogana, n. 2 a via Giulini, n. 2 (telefono 88-318).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. — 1ª cond.; al 1° ottobre; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; età lim. 35 a.; stip. L. 8000 e 10 bienni ventes. pel 25 % della popolazione.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Acireale; L. 10.000 e quinquenni dec., oltre L. 2000 capo uff. d'igiene. Scad. 31 lug.

CITERNA (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., lire 1200 supplenza, c.-v., L. 4000 se cavallo o automobile, L. 2000 se motocicl.; abitaz. con orto e giardino dietro modico canone; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FERLA (*Siracusa*). — Scad. 20 sett.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

MAROSTICA. *Ospedale Civile.* — Al 30 sett., ore 18; med.-chir. assistente; L. 6000, vitto e camera; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 24 giu.; tassa L. 50,10; nomina e conferme biennali. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

MELFI (*Potenza*). — Scad. 10 ag.; per Foggiano; L. 7000 e 6 quadrienni di L. 500 e di L. 600; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTEPRANDONE (*Ascoli Piceno*). — A 30 giorni dal 3 lug., 1ª condotta; stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec. pel 25 % della popolaz.; addizion. L. 4; indenn. laurea L. 500, serv. forese L. 1000, se uff. san. L. 700, cavalc. L. 3000; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 3 lug.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario del capoluogo; proroga 10 agosto.

RESUTTANO (*Caltanissetta*). — Scad. 15 sett.; L. 8500 e 5 quinquenni di L. 500; tassa L. 50; età lim. 40 a.

ROCCELLA VALDEMONE (*Messina*). — Al 2 sett., ore 12; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 20 lug.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Per titoli ai seguenti posti di medico di Riparto: Chieti I (Ancona), Bagni della Porretta (Bologna), Brisighella (Firenze), Lucera (Foggia), Como I (Milano), Racalmuto (Palermo), Spezia II, Castagneto Carducci e Sticciano (Pisa), Tropea (Reggio Calabria), Anversa Scanno, Sulmona III, Orte II e Tagliacozzo (Roma), Valmadonna (Torino), Mogliano Veneto e S. Stino di Livenza (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati sopra fra parentesi). Scad. ore 17 del 20 agosto.

SALMOUR (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; con Fossano (per le frazioni Loreto-Stura); L. 7000 per circa 110 iscritti e quinquenni dec., oltre L. 1000 cavalcatura; età lim. 45 a. al 1° lug.; doc. a 2 mesi dal 1° lug.; tassa L. 50,10.

STORNARA (*Foggia*). — Scad. 20 ag.; L. 9000 oltre L. 1000 se uff. san., 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

TERNI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore Sez. Medico-Micrografica ed Assistente Sez. Chimica Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Direttore stipendio L. 14.500, cinque aumenti quinquenn. di L. 1250 ciascuno e servizio attivo L. 2500. Assistente stipendio L. 10.000, cinque aumenti quinquenn. di L. 900 ciascuno e servizio attivo L. 2000. Indennità caro-viveri se dovuta e come per altri dipendenti Provincia. Stipendi e indennità al lordo ritenute di legge. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi Segreteria Provincia.

TORINO. *Brefotrofio Provinc.* — Medico della Sezione di Torino; medico direttore del Laboratorio; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di pediatria; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di ginecologia. Titoli scientifici e pratici. Scad. 29 sett. Rivolgersi alla Segreteria Gener. dell'Amministraz. Provinciale.

VAGLIA (*Firenze*). — Scad. 30 sett.; L. 8500 e 8 trienni dec.; per cavalc. L. 2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. K. F. Wenkenbach di Vienna è nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Edimburgo.

Ai proff. Levaditi e Sazérac, dell'Istituto Pasteur di Parigi, è stato conferito il premio John Scott, per la scoperta della bismutoterapia della sifilide.

Al posto di decano della Facoltà medica di Parigi è stato eletto il prof. Balthazard, titolare della cattedra di medicina legale; egli sostituirà il prof. Roger col prossimo anno accademico.

S. E. Augusto Turati ha nominato l'on. prof. Ermanno Fioretti direttore del servizio sanitario allo Stadio del P. N. F. e suoi collaboratori i dottori Fausto Angelucci, Augusto Fioretti e Corradino Pampersi, medici della F. I. M. F.

Il prof. Arcangelo Ilvento è stato messo a capo dei servizi antitubercolari presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Il dott. Luigi Barchi è nominato direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Reggio Emilia.

Il dott. Cestan, professore di neurologia e psichiatria alla Facoltà mista di medicina e farmacia dell'Università di Tolosa, è trasferito alla cattedra di clinica medica della stessa Facoltà, con decorrenza dal 1° ottobre 1930, in sostituzione del prof. Morel, andato a riposo.

Alla Facoltà mista di medicina e farmacia di Algeri sono nominati: il dott. Porot, professore di patologia generale e di patologia medica; il dott. Lehn professore di terapia (cattedra di nuova istituzione): assumeranno il posto a partire dal 1° ottobre.

Il prof. Turchini, è nominato titolare d'istologia a Montpellier.

Il prof. H. Bonnin è nominato titolare di patologia esotica a Bordeaux.

Il prof. Ernst Herzog, di Erlangen, ha accettato la direzione dell'Istituto anatomopatologico dell'Università di Concepción, al Cile.

Il dott. Juan Cuatrecasas è nominato professore di patologia generale all'Università di Cadige.

Il dott. Henri Fischer, assistente alla Facoltà medica di Bordeaux, oto-rino-laringologo, già premiato dall'Académie de Médecine, e dalla « Société des Chirurgiens » di Parigi, ha ottenuto il premio Dartigues per la chirurgia generale. Egli ne ha fatto un dono all'« Umfia », affinchè istituisca un altro premio. (Tema: « Le dismorfie cranio-facciali congenite nei loro rapporti con la clinica »; scadenza 1° dicembre. Possono parteciparvi tutti i medici delle regioni neolatine. Rivolgersi alla sede sociale, rue de la Pompe 81, Parigi).

NOTIZIE DIVERSE.

La Scuola Superiore di Malariologia.

Una delle Istituzioni di cui il Governo Italiano può a ragione menar vanto, e che ha destato l'ammirazione di tutto il mondo, è indubbiamente la Scuola Superiore di Malariologia istituita da S. E. Mussolini nel 1927.

Questa scuola, nata per la redenzione igienica e sociale delle terre paludose e che prepara militi esperti nelle opere di bonifica del suolo e nella lotta contro l'endemia malarica, è oggi in piena efficienza.

Abbiamo sott'occhi la Relazione fatta dal prof. Vittorio Ascoli — che della nuova Scuola è, più che Direttore, animatore fecondo — ed in realtà c'è da andare alteri dei risultati ottenuti, leggendone le conclusioni.

La frequenza dei malariologi della Società delle Nazioni alla Scuola Superiore di Roma è indice sintomatico dell'importanza mondiale che essa ha acquistato.

Essa è diventata il centro, non solo delle più elette competenze internazionali, in materia di lotta antimalarica, ma ha ottenuto la collaborazione di quasi tutti gli Istituti affini.

Essa è oggi la fucina maggiore d'ogni attività per la bonifica integrale, magnificamente affermata e preparata dal Capo del Governo Italiano.

Attrezzata scientificamente in forma perfetta, mercè la disciplina, lo zelo e l'attività del personale tecnico, la Scuola Superiore di Malariologia, intesa e voluta come affermazione culturale, è diventata anche un poderoso strumento di elevazione sociale.

Di questi eccellenti risultati va data ampia lode al prof. Vittorio Ascoli, il nome del quale è giustamente circondato da ammirazione e rispetto negli ambienti scientifici internazionali.

(Da « Il Mattino d'Italia » di Buenos Aires, 24 giu. 1930).

2° Congresso Nazionale contro il cancro.

Nella seconda decade di dicembre p. v. avrà luogo in Bologna, indetto dal Consiglio Direttivo centrale della Lega Italiana contro il Cancro, il II Congresso Nazionale. Il Comitato ordinatore è stato così costituito: presidenti onorarii: S. E. il Prefetto di Bologna dott. G. Guadagnini, il comm. Berardi, Commissario prefettizio del Comune, il prof. sen. Alessandro Lustig, presidente della Lega; a presidente effettivo il prof. sen. Giacinto Viola; a vice-presidenti i proff. Eugenio Centanni e Pasquale Sfameni; a consiglieri i proff. Arturo Berretta di Clinica odontoiatrica, Carlo Ceni di Clinica psichiatrica, Antonio Gasbarrini di Patologia medica, Leonardo Martinotti, Umberto Monari, presidente del Consorzio Bolognese per lo studio e la lotta contro il cancro, Bartolo Nigrisoli di Clinica chirurgica, Donato Ottolenghi di Igiene, Maurizio Pincherle di Clinica pediatrica, Vittorio Putti di Ortopedia, Giulio Tarozzi di Anatomia patologica, Piero Caliceti, inc. di Clinica otoiatrica, Gherardo Forni, inc. di Patologia chirurgica, G. Giuseppe Palmieri di Radiologia.

I temi di relazione saranno i seguenti:

1) Come si debba istituire e debba funzio-

nare una Sezione e relativo centro diagnostico (prof. sen. B. Pescarolo, relatore);

2) Le moderne vedute eziologiche sui tumori e loro critica (prof. Rondoni, relatore);

3) Rapporti fra tumori maligni e tubercolosi (prof. Centanni, relatore);

4) Rapporti fra costituzione e cancro (dott. Benedetti, relatore).

Coloro che intendono fare delle comunicazioni inerenti ai temi di discussione od in qualsiasi modo attinenti allo studio dei tumori maligni ed alla organizzazione ed al funzionamento dei Centri anticancerosi, sono pregati di rivolgersi ai segretari del Congresso proff. Dalla Volta A. e V. Bisceglie, Ospedale Sant'Orsola, Bologna.

19° Congresso stomatologico italiano.

Avrà luogo, come è noto, a Venezia dal 15 al 21 settembre p. v. Benchè si tratti del consueto annuale Congresso promosso e organizzato dalla Federazione Stomatologica Italiana, esso avrà quest'anno un carattere internazionale, poichè ospiterà da 150 a 200 stomatologi stranieri, di tutti i paesi di Europa e degli Stati Uniti d'America, i quali vengono a rendere omaggio al nostro paese che è all'avanguardia in fatto di legislazione stomatologica. Essi porteranno anche un largo contributo ai lavori scientifici del Congresso: sono infatti annunciate a tutt'oggi circa quaranta comunicazioni di stomatologi stranieri, sui più svariati e interessanti argomenti della specialità.

I lavori si svolgeranno nella Biblioteca dell'Ospedale Civile, mentre la solenne inaugurazione del Congresso avverrà nella sala Napoleonica del Palazzo Reale, sotto la presidenza di S. E. Giovanni Giuriati. Tutte le maggiori autorità veneziane fanno parte del Comitato d'onore.

Il programma comprende, accanto a quattro giornate lavorative, molti e attraenti svaghi: un ricevimento del Comune e uno della Provincia, una visita all'esposizione Internazionale d'Arte con la guida di artisti, un banchetto all'Hôtel Excelsior del lido con serata danzante di gala al Chez-Vous, una gita in motoscafi alle isole dell'Estuario con visita alle fabbriche di vetri e di merletti; una galleggiante serenata nel Bacino di S. Marco: visita con guide ai principali monumenti della città; intervento in speciale tribuna al concorso motonautico internazionale.

Durante il Congresso avrà luogo una mostra libraria attinente alla specialità e una esposizione di forniture dentarie ed affini.

Il giorno 20 settembre si terrà l'assemblea generale dei soci dell'Associazione stomatologica internazionale.

Possono partecipare al Congresso, oltre ai soci della Federazione Stomatologica Italiana, tutti i medici e gli odontoiatri che ne facciano domanda al presidente di questo sodalizio, gr. uff. prof. Giuseppe Cavallaro, via Tornabuoni 10, Firenze.

1° Congresso spagnolo di patologia digerente.

Si adunerà a Valenza dal 9 all'11 ottobre, sotto la presidenza onoraria di F. Rodriguez Fornos, decano della Facoltà Medica; la commissione organizzatrice è presieduta da F. Reig Pastor; segretario ne è D. Ricardo Orero. Temi: « Itteri emolitici » (T. Hernando); « Megacolon » (F. Gallart); « Perivisceriti » (F. López Vicent); « Trattamento chirurgico della litiasi biliare; risultati immediati e lontani » (L. Urrutia). Sono in programma varî festeggiamenti.

Congresso nord-americano di lingua francese.

L'11° Congresso dei medici di lingua francese dell'America del Nord è indetto a Montréal (Canadà) dal 16 al 19 settembre. Il Governo francese vi ha delegato il prof. Roussy. Temi: « I fondamenti razionali e scientifici della fisioterapia » (L. Pariseau di Montréal); « Gli agenti fisici nella medicina industriale » (Chiray di Parigi); « La biochimica delle colecistiti » (A. Desjardins di Rochester); « La diagnosi clinica delle colecistiti » (R. Boucher di Montréal); « La chirurgia delle colecistiti » (Albert e Achille Paquet di Québec); « Gli agenti fisici e il cancro » (J.-E. Gendreau di Montréal); « Le applicazioni della diatermia » (Perron di Québec).

Congresso tedesco di farmacologia.

La Società tedesca di farmacologia si adunerà a Königsberg il 4 settembre e ss. Temi: « Il problema farmacologico delle malattie febbrili » (prof. Freund); « L'allergia » (prof. Storn von Leuwen); « Problemi del sistema reticolo-endoteliale » (prof. Schulemann); « Il problema dell'infiammazione » (prof. Starkenstein).

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà medica di Vienna si svolgerà un corso dal 29 settembre al 12 ottobre sui problemi medici d'attualità più importanti, con speciale riguardo alla terapia; è destinato ai medici rurali (condotti) ed ha carattere internazionale; il diritto d'iscrizione importa 50 scellini. Seguiranno: un corso internazionale sulla pediatria, con speciale riguardo alla terapia, dal 24 novembre al 6 dicembre; uno sulla terapia delle malattie interne, con riguardo alle zone limiti, dal 2 al 4 febbraio 1931; ecc.

In collegamento col primo dei corsi suddetti (38° della serie), avranno luogo vari corsi speciali, nella 2ª clinica medica, nella clinica pediatrica, nella 2ª clinica ginecologica, nella clinica dermosifilidologica, nell'ambulatorio medico, nell'ambulatorio pel pronto soccorso, nonchè sulla puericoltura.

Per il programma e per informazioni rivolgersi al Dr. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX, Austria.

Una interrogazione sulla Università di Napoli.

L'on. Giunio Salvi ha presentato una interrogazione al Ministro dell'Economia Nazionale « per sapere quando sarà reintegrata alle Università la somma che esse sono tenute a perdere nell'anno scolastico 1929-1930 per l'esenzione dalle tasse concessa agli studenti appartenenti a famiglie numerose; somma che per l'Università di Napoli supera il milione e che è assolutamente necessaria agli Atenei per chiudere i propri bilanci giusta i preventivi e per dare agli insegnanti le quote ad essi dalla legge assegnate, mentre d'al-

tra parte rappresenta una diminuzione non prevedibile nè prevista allorquando, applicandosi la legge sull'autonomia delle Università, i bilanci di queste furono consolidati sopra il numero allora accertato degli studenti paganti e sopra il relativo gettito delle tasse ».

Società di Cultura medica tra i medici della Provincia di Cuneo.

È stata istituita ad iniziativa del dott. Croce Sclocchini, medico provinciale di Cuneo, con l'autorevole consenso di S. E. il Prefetto e con l'adesione di tutti i medici della Provincia stessa.

La Società terrà periodiche riunioni, alcune circondariali e altre provinciali, e promuoverà anche lo svolgimento di Congressi regionali.

Il nuovo Istituto fisiologico di Heidelberg.

È stato costruito dalla Società Imperatore Guglielmo per il progresso delle Scienze. Venne inaugurato il 27 maggio. Ha forma di croce; ognuna delle ali comprende una Sezione (di fisiologia normale, di fisiologia patologica, di chimica biologica e di fisica biologica, dirette rispettivamente da Meyerhof, Krehl, Kuhn e Hausser); nel centro è la biblioteca. Tra le caratteristiche del nuovo Istituto sono: una sala termocostante; una sala « isolata » (nel senso elettromagnetico, termico, contro i raggi ultra-penetranti, ecc.), una cella frigorifera capace di fornire il freddo a tutto l'edifizio per mezzo di condotture, ecc.

I Sanatori della Mendola.

L'interessamento del Capo del Governo per la realizzazione della trasformazione sanatoriale degli Alberghi del Passo della Mendola non è mai cessato, dall'epoca in cui egli firmò il decreto autorizzante la trasformazione (9 settembre 1929) ad oggi.

La trasformazione sanatoriale dei Grandi Alberghi della Mendola — che in questa stagione si sono riaperti ai villeggianti ed ai turisti — si inizierà dopo la chiusura della stagione, cioè dopo il settembre. Tecnici medici ed ingegneri sono già pronti e la trasformazione sarà compiuta con la maggiore celerità perchè la Società per la gestione dei Sanatori vuol mettersi in grado di inaugurare, nel minor tempo possibile, un centro sanatoriale italiano capace, non solo di gareggiare per le bellezze naturali e la salubrità del clima con le più famose stazioni sanatoriali estere, ma di attrarre e deviare, a beneficio del nostro Paese, la ricca clientela internazionale di malati che ora affolla le stazioni climatiche sanatoriali della Svizzera e della Francia.

È intendimento degli iniziatori di dare la preferenza e la precedenza alla Sezione destinata agli impiegati, che sarà intitolata al nome di Michele Bianchi.

Le Terme di Pozzuoli.

Le secolari Terme di Pozzuoli sono state riscattate all'industria privata e donate alla beneficenza: oltre 10.000 infermi potranno ora fare annualmente la cura gratuita delle acque. Con l'intervento dell'Alto Commissario di Napoli S. E. Castelli, le terme ora riscattate sono state benedette dal Cardinale Ascalesi.

Donazioni.

Il prof. Cesare Serono ha assegnato L. 10.000 all'Istituto Mussolini di Roma « Clinica della Tubercolosi e delle malattie respiratorie », per la formazione di una biblioteca. Un grande industriale italiano che vuol conservare l'anonimo ha destinato altre L. 250.000 allo stesso Istituto.

I rappresentanti della Lega delle Croci Rosse a Milano.

Numerosi delegati della Lega internazionale delle Società della Croce Rossa, rappresentanti 57 Nazioni di tutte le parti del mondo, sono stati ricevuti a Milano nel palazzo della Provincia, convocati dal preside avv. Sileno Fabbri che ha fatto una precisa dettagliata relazione sui servizi igienico-sanitari provinciali.

Nella stampa medica.

Il crescente interesse degli studi scientifici e pratici sulla tubercolosi viene attestato dal moltiplicarsi dei periodici specializzati di tisiologia.

Abbiamo sotto gli occhi il primo numero di « Sanatorium », che avevamo già annunziato; si presenta in grande formato, con una copertina di tipo antico e che ricorda gli albori della stampa. La rivista è diretta da U. Trevisan e ne è redattore-capo G. Andreoni; ospita memorie originali, una rubrica di errori (Errando discitur), echi di congressi, recensioni di libri e di riviste, ecc. È a periodicità trimestrale. L'abbonamento importa L. 50 in Italia, L. 75 all'Estero. Gli uffici hanno sede presso l'Eremo « Miazzina » (Novara).

La « Revista Española de Tuberculosis » è, invece, di formato piccolo, in-24°. Ne è direttore J. Valdés Lambea e segretario di redazione J. Ruiz de Guardia. Fa posto a memorie originali ed a recensioni di libri e di riviste. È a periodicità bimestrale. L'abbonamento annuo importa pesetas 15 per la Spagna, 25 per i Paesi a lingua spagnola, 30 per gli altri Paesi; gli uffici hanno sede a Madrid, Almagro 25.

Ai due periodici i nostri auguri.

Pro studenti di medicina in Francia.

Il dott. Debat ha stanziato 100.000 franchi, da essere assegnati a studenti francesi di medicina, in ragione di 1000 franchi ciascuno, affinchè possano trascorrere bene le vacanze.

Il dott. Henri Bordier, agrégé alla Facoltà di medicina e farmacia di Lione, ha istituito una rendita perpetua di 3000 franchi l'anno, per due premi di 1500 franchi ciascuno, da essere assegnati a un diplomando in medicina e uno in farmacia, per aiutarli a sostenere le ultime spese.

Un medico letterato.

L'« Académie Française » ha assegnato il suo massimo premio a Georges Duhamel, che appartiene alla famiglia medica (per quanto pochi lo ricordino). Viene giudicato: « par la qualité sensible de son esprit, par la forme transparente de son art, un grand écrivain de France ».

Tra le opere di questo valente scrittore, ricordiamo: « Viaggio a zig-zag nella Repubblica delle Lettere », « Quadrivio di volti », « Lettere al Patagone », « Scene della vita futura » (giudicate il suo capolavoro), « Analisi spettrale dell'Europa », « I piaceri e i giochi », « Gli uomini abbandonati », ecc.

Il Prof. Guida in Inghilterra.

Il prof. Guido Guida, della R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Roma, invitato dai colleghi inglesi, ha preso parte al Congresso della R. Società di Medicina, che si è svolto ultimamente a Nottingham.

Un medico che dà il suo sangue.

Il dott. Nicola Pellegrini, assistente nell'Ospedale Civile di Cosenza, ha dato, per la 3ª volta, il proprio sangue per un transfusione, praticata in un ricoverato del nosocomio.

Contro il dott. Asuero in Argentina.

Le società mediche di Buenos Aires hanno denunziato il dott. Asuero per esercizio illegale della medicina. Hanno chiesto l'intervento delle autorità sanitarie, per violazione della legge.

Si opera da sè di appendicite.

Un pasticciere di New York, Luigi Capetta, di 42 anni, colpito da appendicite e non volendo essere ricoverato in un reparto per poveri, volle operarsi da sè, con una lama da rasoio di sicurezza, senza anestesia e senza antisepsi. Poichè i dolori persistevano e la ferita non cicatrizzava, egli si fece portare all'Ospedale Lincoln, ove destò lo sbalordimento dei chirurgi, i quali fecero di tutto per salvare l'improvvisato rivale, ma senza riuscirvi: il Capetta moriva di peritonite, sei giorni dopo essersi operato.

Spille inghiottite per scommessa.

I giornali recano che a Kormeaburg, presso Vienna, un giovane ventunenne a nome Giuseppe Riebenbauer inghiottiva, in seguito a scommessa, 16 spille di sicurezza non chiuse; poco dopo veniva colto da atroci dolori e perdeva i sensi; trasportato all'ospedale, si trovò che lo stomaco e l'intestino erano lacerati; non fu possibile salvare il disgraziato, che moriva durante la notte.

Viaggio in Germania.

La rivista « Minerva Medica » ha organizzato un viaggio in Germania, dal 1° al 14 settembre, prendendo occasione dalla Esposizione internazionale di Igiene che è stata inaugurata a Dresda il 17 maggio e che rimarrà aperta sino a tutto ottobre. Verranno visitate anche Berlino, Monaco, Lipsia, Francoforte, ecc.

Il prezzo complessivo è di L. 2790, nelle quali è compresa anche la tassa di inscrizione di L. 200. Chiusura delle iscrizioni: 10 agosto.

Per dettagli e ulteriori chiarimenti, rivolgersi alla Rivista « Minerva Medica », via Martiri Fascisti 15, Torino.

Corrigenda. — Nel fasc. 29, p. 1078, col. sin., al posto della sest'ultima riga, leggere: è il primo passo per l'assicurazione contro le ma-

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Med., 24 mar. — M. GALERA. Il pneumogramma e la capacità vitale durante il pneumotorace e dopo frenicoexeresi.

Clin. e Ig. Infant., mar. — G. MACCIOTTA. Rapporti fra secrezioni endocrine e ricambio salicilico nell'organismo infantile.

Bull. de l'Ac. de Méd., 18 mar. — A. CALMETTE. Granulia prebacillare e bacillosi. — L. MARTIN e al. Controllo dell'immunizzazione antidifterica.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 22 mar. — R. R. ROCHAT. Actinomicosi. — J. GONDSMIT. Anemia combinata pernicioso-diabetica.

Wien. Klin. Woch., 27 mar. — KATSCH. Patologia dei riflessi condizionali.

Rass. di Med. applicata al lav. industr., mar. — N. PENDE. La biotipiologia umana quale fondamento della moderna fisiologia e patologia del lavoro.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — F. D'ERCHIA. Perforaz. del fondo dell'utero da residui placentari abortivi incapsulati nella parete uterina.

Ann. Institut Pasteur, mar. — M. C. KAHN. Ciclo di sviluppo del bacillo tubercolare. — A. SARTORY e al. Micosi ossee. — O. A. OSTROVSKAYA. Riflesso condizionale e reazioni d'immunità.

Münch. Med. Woch., 28 mar. — BICKEL. Balneologia speriment. — WESKOTH. Balneoterapia e ricambio.

Proc. R. Soc. of Med., mar. — Discussioni su: Tumori intratoracici, Complicazioni delle operazioni per emorroidi, Malattie tropicali da carenza dietetica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmologia.

Presse Méd., 28 mar. — G. LAROCHE e J. SÉRANE. Nefriti croniche uremigene senza ipertensione art.

Med. Welt, 29 mar. — W. LAHM. Progressi nel campo dell'eziologia e della terapia dei tumori. — H. ROSIN. Lo scompenso cardiaco iniziale.

Bull. Méd., 29 mar. — Numero sulla patologia renale.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen.-feb. — G. PENSO. Ameba parassita della vescica ur. — REITANI. Bartonelle e bartonellosi.

Ann. Ital. di Chir., 31 mar. — L. DE GAETANO. Malattie ossee della crescenza. (Pseudotubercolosi). — F. PAOLUCCI. Modificazioni delle cellule interstiziali del testic. in seguito a resez. del deferente.

Soc. d. Hôp., 24 mar. — J. TROISIER e WEISS-RODINESCO. Crisi d'ipertens. da ingestione d'adrenalina. — AVARITSIOTIS. Neurotropismo della dengue.

Arch. Arg. Enf. Ap. Digest., ecc., feb.-mar. — D. HENRI. Forme addominali del morbo di Hodgkin. — C. BONORINO UDAONDO e A. RAFFO. Coma diabetico con fattore renale predisponente.

Zbl. f. Chir., 29 mar. — G. WOYTEK. Fibroma della regione glutea. — H. PFITZNER. Distopia renale crociata. — A. CSEREY-PECHANY. Morbo di Madelung.

Clinica Chir., feb. — E. CATTANEO. Interventi chirurgici in esiti di viziose consolidazioni di fratture.

Anales Fac. de Med. (Montevideo), dic. — M. HAENDEL. Biochimica del cancro.

Paris Méd., 29 mar. — A. BAUDOUIN. Lez. inau-

gurale di patologia e terapia generali. — P. CHÉVALLIER e J. BERNARD. Il prurito pleurico.

Gaz. d. Hôp., 29 mar. — Centenario dell'Algeria.

Min. Med., 31 mar. — F. NEGRO. Patogenesi dei crampi funzionali.

Practitioner, apr. — A. P. THOMSON. Psittacosi. — J. CLIFFORD HOYLE. Metabolismo del calcio in rapporto alla terapia. — A. A. OSMAN. Acidosi e amenorrea. — J. BROWNING ALEXANDER. Trattam. medico dell'ulcera gastro-duod.

Pediatr., 1 apr. — G. SALVIOLI. Röntgenterapia delle glomerulonefriti acute.

Presse Méd., 2 apr. — A. HOVELACQUE e al. Il nervo carotideo. — P. B. PHOTINOS. Le alopecie del cuoio capelluto.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — G. M. ANTONELLI. Cateterismo delle vie urin. e batteriemia. — G. MOSSA. Azione dei raggi U. V. sui tubercolotici.

Revue Sud-Am. de Med. ecc., mar. — A. AUSTREGESILO. Parentela tra atrofie muscolari. — J. C. PLA. Ipertensione venosa.

Revue Belge des Sc. Méd., dic. — R. APPELMANS e E. PIRARD. La malattia di Köhler del secondo metatarso.

Journ. de Microbiol. (Leningrado), 3. — M. GLUSMAN. Il virus rabico è invisibile? — P. L. SOLITERMANN. Anemia pernic. infettiva. — L. J. LESCHKOWITSCH. Azione dell'iprite sulla microflora patogena.

Deut. Med. Woch., 4 apr. — v. BERGMANN, WILHELM. Compenso e scompenso nelle cardiopatie. — HOCHE. La crescente impreparazione degli studenti in medicina.

Journal A. M. A., 22 mar. — E. NOVAK. Fisiologia della mestruaz. — M. NIELSEN e E. L. EGGLESTON. Disinsulinismo funzionale con accessi epilettiformi.

Mediz. Welt., 5 apr. — ASCHHEIM. Rapporti tra ipofisi e genitali femmin. — W. ADRIAN J. CITRON. Malattie dentali e generali.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mar. — A. R. BACON. Ipofisi ant. e gravidanza. — A. H. ALDRIDGE. Interventi per salpingiti. — J. E. F. LEIBE. Lesioni urologiche in ginecologia.

Riv. Ospedal., mar. — A. PIRRONE. Stato chimico e anestesia chirurgica.

Ann. de Méd., mar. — M. GARNIER e P. RUDAUX. Basi sperimentali dell'insufficienza epatica. — J. HAGUENAU e A. LICHTWITZ. La sifilide pseudo-tumorale del midollo. — M. SEUDRAIL. Prova della tolleranza all'insulina.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 apr. — L. BÉRARD e al. Prova di Meltzer-Lyon e indicazioni chirurgiche. — L. MORENAS e P. LAGÈZE. Reazione di Casoni.

Revue Neurol., mar. — G. G. J. RADAMAKER. Fisiologia del cervelletto. — L. BARD. Compito fisiologico del fascio piramidale diretto.

Journal A. M. A., 29 mar. — Numero sugli ospedali.

Prensa Méd. Arg., 20 mar. — A. A. MARTINEZ. Malarioterapia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 4 Agosto 1930 Num. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.
Pad. VIII diretto dal Prof. A. CARDUCCI.

Emorragie meningee sintomatiche ed emorragie meningee spontanee

per il dott. V. CAVALLETTI, assistente.

Quando praticando una puntura lombare, accade di vedere il liquido fuoriuscire emorragico, la prima idea che viene, specie se il piccolo intervento è stato un poco indaginoso, è che il sangue si sia mescolato al liquido per la puntura accidentale di un vaso; ma ove la puntura sia riuscita senza difficoltà, al primo tentativo, si prospetta anche l'ipotesi se non si tratti di un'emorragia meningea.

È possibile distinguere le due eventualità con mezzi molto semplici e anzitutto con la prova classica delle tre provette.

È naturale infatti che in caso di puntura accidentale di un vaso il liquor si vada facendo man mano che fuoriesce, meno emorragico, perchè l'emorragia tende spontaneamente ad arrestarsi: mentre in caso di emorragia meningea il colore sarà uniforme in tutte e tre le provette. Inoltre lasciato il liquido qualche ora a sè, si forma al fondo un deposito ematico più o meno spesso. Il liquido sovrastante è incolore, acqua di rocca, e allora si tratta della puntura accidentale di un vaso, oppure è più o meno roseo, giallastro (xantocromico), e allora si tratta di emorragia meningea, poichè l'emolisi dei globuli rossi che determina tale colorazione è un fenomeno vitale che in vitro non si produce mai.

In caso del tutto eccezionale tale strato superiore di liquido potrà apparire limpido, pure l'emorragia non essendo provocata, e cioè quando essendo questa avvenuta da breve ora l'emolisi non abbia avuto tempo di prodursi.

Infine come terzo criterio si osservi il deposito ematico al fondo della provetta; in caso di emorragia meningea, il suo limite superiore appare orizzontale e netto ed agitando, il sangue si mescola uniformemente al liquido sovrastante, mentre nel caso opposto tale li-

mite è irregolare per la fibrina che agglutina le emazie ed agitando si vedono coaguli più o meno grandi nuotare nel liquido.

Secondo la sede le emorragie che interessano le meningi si possono dividere in due gruppi: emorragie extradurali od epidurali ed emorragie subaracnoidee. Quelle epidurali sono per la massima parte dei casi di spettanza chirurgica, essendo di solito la lesione traumatica della meningea media che permette al sangue di raccogliersi tra dura madre e parete ossea nella zona scollabile di Marchand.

In tale evenienza la dura rappresenta una robusta barriera che impedisce al sangue di penetrare negli spazi subaracnoidei: ciò che può avvenire quando essendo lesa anche la dura l'emorragia si faccia insieme epi- e subdurale.

Le emorragie subaracnoidee richiedono un breve commento anatomico.

Alla faccia interna della dura è accollato intimamente il foglietto parietale dell'aracnoide: il foglietto viscerale di questa che passa a ponte sulle circovoluzioni cerebrali forma col primo una cavità virtuale che è lo spazio aracnoideo vero e proprio.

Tra foglietto viscerale della aracnoide e pia madre che segue la superficie cerebrale in tutte le sue accidentalità si formano gli spazi subaracnoidei (laghi o cisterne, fiumi e rivoli) in cui circola il liquido cerebrospinale. Quindi dal punto di vista anatomico si distinguono al di sotto della dura uno spazio aracnoideo o cavità aracnoidea (tra i due foglietti della aracnoide) e uno spazio subaracnoideo tra aracnoide e pia madre.

Tale distinzione non sussiste in patologia perchè anche se l'emorragia iniziasse nel cavo aracnoideo vero e proprio, invade subito gli spazi subaracnoidei essendo il foglietto viscerale troppo sottile per far da barriera al sangue stravasato. Per cui in pratica si parla unicamente di emorragie epidurali e subaracnoidee, comprendendo sotto quest'ultima denominazione tutte le emorragie che avvengono tra pia madre da una parte e faccia interna della dura dall'altra.

Le emorragie subaracnoidee possono essere secondarie ad una emorragia avvenuta in un punto vicino: oltre il caso già accennato di emorragia subaracnoidea consecutiva a lesione arteriosa epidurale con contemporanea lesione della dura, tale evenienza è possibile nel caso di un'emorragia dell'asse cerebro spinale che si faccia strada fino agli spazi subaracnoidei: evenienza relativamente più frequente nel cervello e allora si parla di emorragia cerebro meningea, eccezionale nel midollo spinale ove l'ematomielia è per solito centrale e separata dalla superficie dai densi cordoni della sostanza bianca.

Nella pachimengite interna emorragica il liquido cerebro spinale di regola, rimane limpido. Infatti la malattia è caratterizzata dalla formazione sulla faccia interna della dura meninge di membrane più o meno spesse, molto vascolarizzate, contenenti spesso tra i loro strati cavità di grandezza varia piene di liquido ematico. Le emorragie più recenti avvengono tra gli strati più interni e finchè l'aracnoide è rispettata il liquido rimane normale. Qualche volta tuttavia può apparire leggermente xantocromico per diffusione (Quincke).

Ma se la pressione dell'ematoma sottodurale riesce a produrre una soluzione di continuo dell'aracnoide, il sangue arriva negli spazi subaracnoidei e il liquido cerebro spinale è alla puntura francamente emorragico.

La malattia, che molto spesso, non è diagnosticata, può essere sospettata in quei casi in cui dei piccoli ictus si ripetono a intervallo più o meno breve, corrispondente ciascuno ad una nuova emorragia, siano presenti segni di irritazione o di deficit corticale (convulsioni unilaterali, paresi monoplegiche) e dati etiologici noti (alcoolismo, demenza, lues, nefrite cronica ecc.).

Le emorragie meningee strettamente localizzate negli spazi subaracnoidei fin dall'inizio, costituiscono un gruppo importante e complesso, la cui evenienza è tutt'altro che rara come è dimostrato dall'esperienza che la clinica ha fatto da quando Quincke, volgarizzando la puntura lombare, ha permesso la biopsia del liquido cerebro-spinale.

L'argomento è stato trattato fin dal 1905 da Ascoli, che ne riportava tre casi, diffondendosi lungamente sulla sintomatologia, sull'anatomia patologica, sulla patogenesi. Dopo d'allora i casi riportati da noi e all'estero si sono moltiplicati tanto che la letteratura relativa è molto vasta: ultimamente da noi Faberi trattava di nuovo l'argomento, a proposito di un caso di emorragia meningea riferibile all'eredo-lues.

Tali emorragie meningee possono manifestarsi nelle più varie circostanze e condizioni morbose e costituiscono allora il gruppo delle emorragie meningee sintomatiche, di fronte a cui sta il gruppo di quelle primitive, nelle quali l'emorragia meningea, manifestatasi sen-

za causa apprezzabile all'indagine clinica, rappresenta tutta la malattia.

A parte i traumi, la presenza di sangue nel liquor è stata riscontrata all'inizio o nel decorso di meningiti sia tubercolari che meningococciche; può essere fenomeno parziale di una diatesi emorragica generale, quale si può avere nelle leucemie, nell'emofilia, nelle porpore, negli itteri gravi: può essere l'espressione di uno stato ipertensivo ed è stata descritta in seguito a convulsioni epilettiche e nell'eclampsia, nei cardiaci ipertesi, nei nefritici cronici, nell'ipertensione solitaria. È riferendosi a tali casi che Vaquez ha parlato di epistassi meningea.

In molte malattie infettive acute è stata segnalata la possibilità di un'emorragia meningea: polmonite, reumatismo articolare acuto, febbre tifoide, febbre ricorrente, endocardite.

Anche l'encefalite letargica, così polimorfa nei suoi aspetti clinici, non ha mancato di manifestarsi sotto l'aspetto di sindrome meningea e sono descritti dei casi in cui il liquor era alla puntura sanguigno. In altri casi la causa è da ricercare nella sifilide sia allo stato secondario che al terziario.

In tali forme sintomatiche la sindrome meningea, che si manifesta in seguito alla presenza del sangue negli spazi subaracnoidei, dà luogo a difficoltà diagnostiche notevoli, e solo l'esame del liquor estratto alla puntura, l'evoluzione complessiva e i sintomi della malattia fondamentale possono far escludere una complicazione infettiva vera e propria delle meningi.

Nei casi in cui non è possibile invocare nessuna delle suddette condizioni morbose si parla di emorragie meningee primitive.

Questa evenienza è lungi dall'essere rara poichè Simmonds su 268 osservazioni di emorragie meningee, ne conta 68 spontanee. Si è parlato da alcuni di *emorragie meningee dei giovani*, perchè veramente si osservano con maggiore frequenza in questa età: ma la regola non è assoluta, non mancandone esempi in soggetti di età alquanto avanzata. Da altri si è parlato di emorragie *meningee curabili*, in vista della buona prognosi che suole avere l'affezione: ma anche questo è troppo esclusivo, dato che sono stati segnalati dei casi, molto rari è vero, con esito letale: e d'altronde la curabilità non costituisce un criterio nosologico sufficiente non essendo fondato su alcun fondamento anatomico.

Michon parla di emorragie *meningee spinali*, ritenendo spinale la sede dell'emorragia, sopratutto in base al dolore iniziale improvviso alla nuca, colpo di pugnale rachideo, che è in verità frequente di osservare. Forse l'aggettivo più proprio di tali emorragie è quello di *spontanee*, di emorragie cioè, in cui anche di fronte ad una indagine clinica la più accurata e minuziosa, la causa vera e propria sfugge del tutto. La sintomatologia clinica è caratterizzata dalla comparsa improvvisa di una sindrome meningea il più spesso in soggetti giovani o di media età, in cui non si riesce a trovare una sifilide, uno stato ipertensivo, una malattia infettiva acuta, una qualsiasi altra delle cause più sopra enumerate che ne spieghino in qualche modo l'insorgenza.

La sindrome si inizia di solito con un improvviso e acuto dolore nucale (colpo di pugnale rachideo di Michon) e si completa in poco tempo. Rigidità nucale sintomo di Kernig, di Brudzinski, di Lasègue, vomito, stipsi, dermografismo: nulla manca per far pensare ad una meningite acuta; c'è anche la febbre che compare di solito dal secondo giorno, si mantiene modica per breve tempo, ed è interpretata come conseguenza del riassorbimento ematico (febbre ematolitica di Froin). Però anche senza la puntura lombare la distinzione da una meningite è in certo modo possibile, mancando costantemente i segni di infezione generale come l'herpes, le complicazioni articolari, renali, oculari, auricolari che fanno parte della meningite, specie di quella a forma setticemica.

Alla puntura lombare si trova il liquido cerebro spinale più o meno emorragico; inoltre nei primi giorni è pressochè costante una forte reazione polinucleare a cui poi segue una semplice linfocitosi.

Tutti i sintomi si attenuano di regola rapidamente e la guarigione completa si stabilisce in 10 o 15 giorni.

Nel reparto del prof. Carducci abbiamo avuto occasione di osservare, in pochi mesi, cinque casi di emorragie meningee, di cui due sono da interpretare come emorragie meningee sintomatiche e tre come emorragie meningee spontanee. Eccone brevemente riassunte le storie cliniche.

CASO I. — Un uomo di 65 a., luetico di antica data, che quattro anni prima aveva avuto un ictus, da cui era residuata una paralisi del faciale sinistro, dopo qualche prodromo, consistente sopratutto in una forte cefalea, il giorno stesso dell'ingresso in ospedale, è caduto in uno stato di sonnolenza, che si è fatta sempre più profonda.

In ospedale, la sonnolenza si è trasformata in sopore pressochè continuo. All'esame obbiettivo non si nota nulla a carico degli organi interni. Spicca invece una evidente rigidità della nuca: ha vomito ripetuto e perde le urine.

Alla puntura lombare il liquido fuoriesce a zampillo, fortemente ed uniformemente emorragico. R. W. nel liquor positiva completa. Il giorno seguente si pratica una seconda puntura, che dà esito al liquor con gli stessi caratteri. Si inizia una cura di cianuro di mercurio nelle vene. Nei giorni seguenti le condizioni generali migliorano rapidamente e dopo circa quindici giorni i sintomi di irritazione meningea sono scomparsi del tutto.

CASO II. — Una donna di 47 anni, il 16 gennaio 1929, in pieno benessere è colta da vertigine e da un forte dolore all'occipite: insieme è comparsa febbre: non vomita. La coscienza rapidamente si è andata oscurando. All' E. O. la malata in stato semi soporoso presenta: nulla ai polmoni; al cuore rinforzo del secondo aortico: netta rigidità della nuca: Kernig e Lasègue bilaterali. A carico dei nervi cranici si nota una evidente paresi del retto esterno sinistro. Nulla a carico degli altri nervi cranici. Riflessi tendinei normali: dermografismo vaso paralitico. Nelle orine si riscontra il reperto di una nefrite cronica. Ad una prima puntura lombare il liquido cerebro-spinale era nettamente emorragico; nel sedimento oltre le emazie e le ombre di emazie si notavano numerosissimi polinucleati. R. W. nel liquor e nel sangue negativa. Glicorachia: 0,65 per mille. Azotemia: 0,35 per mille. Fundus òculi normale.

Nei giorni seguenti lo stato di sonnolenza persistè invariato; invece la rigidità nucale si andò attenuando rapidamente. Una seconda puntura lombare, praticata al 14° giorno di malattia, dava esito ad un liquido xantocromico, nel cui sedimento si rinvenivano numerosi elementi cellulari, ma questa volta con prevalenza dei linfociti sui polinucleati.

Il sopore caratteristico, l'interessamento dei centri mesencefalici, la glicorachia, orientarono la diagnosi verso una forma di encefalite letargica, diagnosi che venne poi convalidata dall'ulteriore svolgimento della malattia e precisamente dalla comparsa, a circa due mesi dall'inizio, di sintomi parkinsoniani, quali leggeri tremori, una bradicinesia spiccata ed un rallentamento di tutti i processi psichici.

CASO III. — Un uomo di 36 a., senza nessun precedente degno di nota, il 9 marzo 1929, è stato preso da un improvviso malessere per cui è caduto per terra privo di coscienza: dopo poco, trasportato in ospedale, è tornato lucido ma continuava a lamentarsi di cefalea, di dolori lungo gli arti, accusava nausea, e presentava lieve temperatura febbrile. All'esame obbiettivo non si notava altro che una evidente rigidità della nuca ed un dolore alla pressione sulle docce paravertebrali. La puntura lombare praticata solo all'8° giorno di malattia dava esito a liquido di colore giallo ambra, nel cui sedimento si rinvenivano numerosi linfociti e polinucleati in proporzioni pressochè uguali e scarse emazie. R. W. nel sangue e nel liquor negativa. In 11ª giornata la rigidità della nuca era scomparsa quasi del tutto. In 20ª giornata la guarigione era completa.

CASO IV. — P. R., di anni 31. Il 26 luglio 1929 il p. nel sollevare un tronco di legno ha improvvisamente avvertito un acuto dolore alla nuca ed insieme un senso di malessere generale, sudori freddi, nausea. A casa ha avuto vomito ripetuto. Dopo circa 48 ore i fenomeni si sono attenuati notevolmente tanto che il p. ha potuto uscire, ma dopo altre 12 ore sono tutti di nuovo ricomparsi, ancora più accentuati. All'E. O. il complesso meningitico è al completo: rigidità nucale, vomito, stipsi, Kernig, dermografismo, febbre.

A 3 giorni d'inizio della malattia si pratica la puntura lombare: il liquor che esce a gocce molto ravvicinate, è uniformemente commisto a sangue. Lasciato sedimentare lo strato superiore appare xantocromico su un fondo ematico. Nel centrifugato, oltre le emazie, numerosissimi polinucleati e qualche linfocito. R. W. nel liquor e nel sangue negativa.

Dopo una seconda puntura lombare praticata il giorno seguente le condizioni generali sono molto migliorate e la rigidità della nuca è molto diminuita. Una terza puntura praticata in 12ª giornata dava un liquido appena giallastro: nel sedimento questa volta prevalevano i linfociti sui leucociti. In 26ª giornata il p. veniva dimesso guarito.

CASO V. — R. L., di anni 45, ferroviere. Racconta che 5 giorni prima dell'ingresso in ospedale subito post-coitum è stato preso da un improvviso e fortissimo dolore alla nuca e da vomito ripetuto. D'allora ha avuto cefalea pressochè continua, piccole elevazioni febbrili, stipsi ostinata. L'anamnesi personale è del tutto negativa. La sindrome meningea che l'infermo presenta all'esame obbiettivo impone la puntura lombare che viene praticata al 2° giorno dall'ingresso: essa dà esito a liquor di colorito giallo arancio, nel cui sedimento si rinvengono molti polinucleati, scarsi linfociti, scarse emazie. R. W. negativa. In tredicesima giornata di malattia l'infermo si lamenta sempre di cefalea ed è sempre rigido: la febbre è scomparsa: una seconda puntura lombare dà un reperto analogo al precedente, dopo di chè il miglioramento sebbene lento si è sempre più accentuato finchè dopo circa un mese dall'inizio della malattia l'infermo si poteva considerare del tutto guarito.

Come risulta dalle storie, lo stesso quadro clinico si ripete con uniformità in tutti i casi riportati. Negli ultimi tre casi, non è stato possibile rintracciare una causa della emorragia meningea, in tutti e tre l'evoluzione è stata benigna, la guarigione perfetta; il caratteristico acuto dolore iniziale alla nuca si è ritrovato tipico negli ultimi due casi: è un dolore che Michon paragona ad un colpo di pugnale. Appunto in base a questa localizzazione del dolore Michon pensa che la emorragia nella maggioranza dei casi abbia sede spinale e pre-

cisamente dorsale alta. Ma la scarsezza dei controlli anatomici non permette a tale riguardo delle conclusioni precise, come non ne permette riguardo alla patogenesi della emorragia.

Sono interessanti a questo proposito le ricerche di P. S. Weil. Egli ha trovato in taluni di tali malati delle modificazioni ematiche caratteristiche delle sindromi emorragiche: diminuzione del numero delle piastrine, ritardo del tempo di coagulazione, segni di fragilità vasale. Da altri è stata notata la frequenza in malati colpiti da emorragia meningea di altre emorragie: emorragie nasali, gengivali, uterine, emorroidali.

Goldflam ha richiamato l'attenzione sulla frequenza dell'emicrania in tali malati e pensa che disturbi delle ghiandole a secrezione interna e del sistema neuro-vegetativo, costituiscano il terreno su cui l'angiospasmo in certe condizioni, la vasodilatazione in altre, possono realizzare l'emicrania e l'emorragia meningea.

Ma per quanto interessanti possano essere tali considerazioni, queste emorragie meningee ci appaiono veramente, per quello che oggi conosciamo, come spontanee.

La loro prognosi è buona, essendo del tutto eccezionali e forse di interpretazione dubbia i casi ad esito letale.

Il trattamento non potrà essere che sintomatico: la puntura lombare nel mentre permette la diagnosi, riesce insieme la cura di elezione.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su 5 casi di emorragie meningee e fa alcune osservazioni sulla loro sintomatologia e patogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *Emorragie meningee spontanee.* Policlinico, Sez. med., 1905-1906.

FOLLET e CHEVREL. *Hemorragies sous aracnoidiennes spontanées des jeunes gents.* Gazz. des Hôp., 3 avril 1910.

GOLDFLAM. *Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der spontan subaracnoid Blutungen.* Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk., 1923, B. 76.

P. E. WEIL. *Sur l'existence des lésions sanguignes au cours des hémorragies méningées.* Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1924, p. 324.

C. ACHARD. Clinique méd. de l'Hôp., Beaujon, 3ª serie, p. 149.

P. MICHON. *Le coup de poignard rachidien.* La Presse Méd., 1928, p. 964.

L. RAMOND. *Hémorragies cerebro-méningées.* La Presse Méd., 1928, p. 1571.

M. FABERI. *Emorragie spontanee subaracnoidee ed eredo-lues.* Policl., Sez. med., 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO DI CESENATICO (FORLI').

Un caso singolare di addome chirurgico da impalamento.

Dott. E. CAPECCHI, chirurgo-direttore.

Il giorno 27 maggio 1928 fu trasportata d'urgenza in ospedale una contadina, certa E. Angela in C., di anni 45, nel ventre della quale poche ore prima era penetrato il manico di un forcale.

Il fatto era avvenuto così: mentre la donna trovavasi sopra un biroccio stracarico di fieno tenendo fra le mani un forcale del quale si serviva per scaricarlo, improvvisamente, per la rottura del sottopancia del cavallo, il biroccio si innalzava all'indietro, la donna perdeva l'equilibrio a cadeva per terra tenendo stretto il manico del forcale sul quale credeva di trovare un punto di appoggio. Accadeva invece che l'estremità del manico del forcale, grossolamente e irregolarmente aguzza, penetrava con violenza, rivestita dagli stessi indumenti della p., nel cavo addominale attraverso un lungo tragitto avente il suo inizio in corrispondenza del monte di Venere.

Al momento della sua entrata in ospedale la donna aveva un aspetto distintamente sofferente con lineamenti alterati. Presentava una ferita lacera e contusa, crateriforme e sanguinante nella parte centrale della regione pubica del cui sistema pilifero ne era scomparsa una certa porzione. Si lamentava di dolori vivissimi a tutto l'addome, ma più accentuati a quello sinistro dove la pressione, dolentissima, provocava una marcata contrattura della parete.

Il punto però di più squisito dolore era localizzato nella regione ipocondriaca subito a sinistra della linea mediana. Il polso era piccolo e frequente (125 al m'), il respiro breve e leggermente dispnoico, la temperatura sub-normale (36,5), notevole il pallore della cute e delle mucose visibili. Vi era stato due volte vomito biliare.

Data la sede della lesione esterna, la sintomatologia clinica ed anche l'impossibilità assoluta della p. ad urinare era logico, considerata anche la qualità della lesione, pensare subito ad una rottura della vescica; ma il cateterismo, subito praticato, dava esito ad un'orina perfettamente normale. La specillazione prudente e diligente della ferita portava lo strumento molto profondamente per una lunghezza di oltre 20 centimetri lungo una specie di tunnel avente una direzione dal basso all'alto, dall'interno all'esterno e dall'avanti all'indietro, che dava la sensazione di raggiungere la cavità addominale al livello dell'ombelico ed a sinistra della linea mediana.

I fatti riscontrati non ammettevano dubbi circa la risoluzione da prendere. Praticate alcune iniezioni eccitanti allo scopo di diminuire lo stato di shock, in anestesia eterea, eseguii un taglio laparotomico seguendo il dito indice della mano sinistra introdotto lungo il tramite della ferita finchè dopo un tragitto fra sottocutaneo ed aponevrosi, lungo oltre 15 centimetri circa, pervenni in corrispondenza di una breccia peritoneale localizzata in prossimità dell'angolo formato dal colon trasverso e dal discendente, che allargai

ampiamente allo scopo di ricercarne eventuali lesioni viscerali. Nello scostare cautamente alcune anse del tenue in istato di notevole iperemia l'osservazione cadde prima in un ciuffo di peli aderenti in toto ad un tratto di cute ridotta ad una specie di poltiglia di tessuto cutaneo grassoso che fu facile riconoscere per quello mancante sulla regione pubica ivi trasportato dalla violenza di penetrazione del manico del forcale. Nello stesso punto vi erano altri brandelli di tessuto adiposo, alcuni peli staccati commisti a qualche coagulo di colore nerastro. Negativa fu la ricerca all'intorno di possibili lesioni intestinali. Una piccola chiazza ecchimotica di un'ansa del tenue fu per prudenza affondata con alcuni punti di sutura.

Accuratamente deterso e cosparso di due fialette di electrargolo, il focolaio di contusione venne fognato e tutto il resto della ferita traumatica ed operatoria lasciato aperto.

Il decorso operatorio fu abbastanza buono tanto che la p. potè essere dimessa guarita dall'Ospedale dopo 22 giorni di degenza.

L'interesse di questo caso è costituito unicamente dalla maniera colla quale si è verificato il trauma e dallo strano rilievo fatto nel focolaio di contusione peritoneale.

L'essere intervenuti precocemente e l'aver salvata la vita della p. minacciata da una peritonite non assume importanza degna di riferimento, in quanto l'urgente indicazione era segnalata, oltre che dai fatti generali e locali presentati dall'inferma, anche dalla necessità di seguire il tramite della ferita la quale, anche da sola, se accuratamente e completamente esplorata, ci avrebbe condotto verso la constatazione della lesione peritoneale e del contenuto indubbiamente settico portato in cavità dall'agente traumatizzante.

Pur non essendo ancora chiaramente risolta la questione del trattamento dei traumi addominali, è unanime ormai l'opinione fra i chirurghi che ebbero ad occuparsi della chirurgia d'urgenza in guerra ed in pace sulla necessità d'intervenire in tutte le ferite penetranti nell'addome anche se la laparotomia dovesse risultare solo esplorativa.

La forte riduzione dell'indice di mortalità di questo gruppo di pazienti, rispetto ai tempi nei quali si procrastinava ad oltranza l'atto operativo e si attendeva la comparsa netta di tutti i sintomi di lesione viscerale, è la più bella dimostrazione della fondatezza dell'attuale orientamento chirurgico.

Non uguale unanimità esiste nei riguardi delle contusioni addominali recenti. Da una parte la constatazione di una facile risoluzione di contusioni addominali che sembrano gravi, dall'altra la constatazione di morti per ritardato intervento, lasciano molto perplessi nel fissare una linea principale di condotta chirurgica, come si è potuto fare per le ferite penetranti dell'addome.

Riteniamo che l'indicazione ad intervenire non possa essere data che da un insieme di elementi la cui valutazione non può essere affidata che alla perspicacia ed allo spirito critico del chirurgo. A raggiungere questo scopo, assai spesso urgente, sarà data una giusta importanza alla ricerca del meccanismo del trauma ed alla sua entità, giacchè è noto come una contusione per pressione o contemporanea ad una contropressione porti con sè più facile l'eventualità di lesione di un viscere endoperitoneale, e come facilmente si complichino a lesioni del tubo gastro-enterico i traumi dovuti a violenze dirette da corpi duri e di limitate proporzioni, quali i calci di cavallo, le cornate di bue e, come nel nostro caso, gli impalamenti, ecc.

Illuminati sul meccanismo delle lesioni si valuteranno con un accurato esame clinico iniziale le condizioni del p., indi si seguirà attentamente l'evolversi dei sintomi e si noterà l'eventuale insorgenza di nuovi fenomeni. La comparsa dei segni di una raccolta ematica o di una contrattura riflessa di difesa della parete addominale, anche se questi sintomi non saranno molto pronunciati, sarà un'indicazione per l'intervento. Questo sarà fatto d'urgenza e la laparotomia dovrà essere ampia e condotta senza incertezze; e, trattandosi sempre d'interventi ardui e difficili, essi dovranno essere eseguiti dopo aver preso le misure di una perfetta esecuzione.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di addome chirurgico da impalamento, singolare e per il meccanismo col quale è avvenuto e per il lungo tragitto percorso dall'agente vulnerante e per lo strano rilievo fatto nel focolaio di contusione peritoneale. Rileva ancora una volta la necessità ad intervenire immediatamente in tutte le ferite penetranti nell'addome e accenna ai criteri che devono informare la linea di condotta chirurgica nei casi in cui le ferite non raggiungano il peritoneo.

TECNICA.

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Cagliari.

A proposito di suture introflettenti.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

La recente polemica dilucidatoria Egidi-Chiarolanza, pubblicata in questo periodico (io non assistei alla seduta del Congresso in cui Egidi fece la sua comunicazione) e l'annuncio di un prossimo volume — che sarà, certo, molto utile — su punti e nodi, mi inducono a render nota la sutura anastomotica che uso anch'io da molti anni con l'intendimento di introflettere i margini anteriori della breccia.

Al pari di quella di Egidi, essa non sfrutta altro artifizio che quello di iniziare e terminare il punto, anche sul tratto anteriore della sutura, come su quello posteriore, andando da mucosa a mucosa. Essa è — vorrei dire — la stessa sutura di Egidi o di San Giacomo, com'egli desidera chiamarla: di cui — però — non avevo conoscenza alcuna prima della pubblicazione di questi giorni.

In che modo ne sia sorta l'idea nella mia mente e come sia andata maturandosi, non ricordo. Posso dire soltanto che per lungo tempo usai tale sutura (con modalità opposta) nei miei esperimenti e anche sull'uomo per la G. E., allo scopo di estroflettere i margini posteriori, anzichè di introflettere quelli anteriori.

Essa è concepita — però — su un particolare di tecnica che mi pare ne renda l'esecuzione più agevole di quella lasciata intendere da Egidi.

Soltanto per ciò trovo giustificata la pubblicazione che ne faccio: non per averne paternità.

Prima di venire all'argomento, desidero richiamare anch'io la tecnica solita: mi riuscirà così più semplice il dimostrare di quanto piccola cosa si tratti e come, nello stesso tempo, se ne possa ritrarre una non disprezzabile praticità.

La sutura anastomotica può essere eseguita, a seconda della disposizione della breccia, in direzione longitudinale o in direzione trasversale. Nel primo caso la comincio dall'estremo che corrisponde alla mia sinistra, nel secondo, dall'estremo a me più lontano.

Per tutto il tratto posteriore essa viene condotta col solito sistema del sopraggitto; per cui, riferendomi, per esempio, ad un'anastomosi gastro-digiunale termino-laterale, l'ago incontra successivamente: mucosa gastrica, sierosa gastrica, sierosa digiunale, mucosa digiunale. In tali rapporti dei margini, l'ago comune punge i due margini riuniti e la mano si muove comodamente in direzione trasversale.

Giunto all'angolo della breccia opposto a quella di inizio e per tutto il tratto anteriore della sutura, Egidi continua ad attraversare (se ho ben compreso) mucosa gastrica, sierosa gastrica, sierosa digiunale, mucosa digiunale. In questo nuovo rapporto dei margini, distanziati fra di loro anzichè accostati, come si trovano nel tratto posteriore della sutura, il punto deve essere eseguito in due tempi: prima, parete gastrica isolatamente, poi, isolatamente ancora, parete intestinale.

Ma, per fare come Egidi, mi pare che si debba cambiare il verso del braccio o della mano o cambiare addirittura di mano. Difatti, Egidi accenna anche ad impiego della sinistra.

Io credo che, facendo a modo mio, anche questi piccoli inconvenienti siano evitati.

All'estremo terminale della sutura posteriore, cioè all'angolo della breccia, quando il filo è uscito dalla mucosa digiunale, invece che pungere per prima la mucosa gastrica, come ho fatto fino allora, ripungo la mucosa digiunale, in vicinanza dell'ultimo foro di uscita del filo, ed esco quindi dalla superficie sierosa del digiuno. Poi pungo la sierosa gastrica e per ultimo la mucosa gastrica. E continuo così.

In questa maniera, il punto si compie, come per il tratto posteriore, andando da mucosa a mucosa e senza che il filo si interponga ai margini (questa è la caratteristica di tale sutura: introflettente e semplice nello stesso tempo) ma, anzichè iniziare dalla mucosa gastrica, si inizia da quella digiunale.

Quale il vantaggio? Questo: che i movimenti dell'operatore si compiono nella stessa direzione di prima, e la sola differenza che passa fra essi e quelli richiesti dalla sutura posteriore è di essere eseguiti in due tempi anzichè in un tempo solo.

Però: non basta la modalità del punto per assicurare l'introflessione dei margini. Questa deve essere compiuta dal filo mentre viene tirato. Bisogna quindi che il filo sia tirato e tenuto sempre nella direzione di sutura, e basso. Ancora: una volta passato l'ago, non si deve aggiustare il filo in quel punto di margine al quale deve corrispondere quando sarà tirato (come è bene invece che si faccia per il tratto posteriore della sutura se si vuole che questa eserciti pressione uniforme, equidistanziata, sui tessuti) al contrario, bisogna lasciare che il filo si aggiunti da solo: per effetto della trazione cui viene sottoposto.

E questa trazione è sufficiente a portarlo a suo posto, perchè il filo scorre su superfici sierose, che lo lasciano scivolare, non su mucose, che l'arrestano, come è per la sutura posteriore. In fine, bisogna avere l'avvertenza di comprendere nel punto più superficie sierosa che mucosa.

Filo basso, in direzione della sutura, ago che passi sotto il filo, prima attraverso il margine sinistro della breccia, poi attraverso a quello destro, filo che sia ripreso e tirato sotto al precedente, portando con sè più sierosa che mucosa, dànno una introflessione che, se non è completa sempre, è sufficiente ad ottenere lo scopo, ed affrontano i margini del tratto anteriore della breccia negli stessi rapporti nei quali essi vengono affrontati posteriormente. Al termine della sutura, il filo ritrova il capo iniziale di essa nel lume del viscere e quivi gli si unisce con altro nodo.

Io — però — non chiedo alla sutura altro compito che quello di introflettere, e ripeto che pure questo non è raggiunto nella precisa misura nella quale si ottiene, per disposizione statica, l'accollamento esterno dei margini posteriori, ma basta però, secondo me, a compensare l'espediente.

Per l'emostasi io faccio affidamento soltanto sulla legatura di tutti i vasi della sottomucosa gastrica, che si rendono visibili quando siano incise sierosa e muscolare e che vengono presi prima che siano interrotti.

RIASSUNTO.

L'A. usa una sutura continua il cui punto va, anche per il tratto anteriore dell'anastomosi, come per il posteriore, da mucosa a mucosa; ma, per il tratto anteriore, invece di attraversare prima il margine destro della breccia, attraversa il sinistro.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE.

Angina pectoris ed affezioni coronarie.

(D. HUBBLE. *Lancet*, 26 aprile 1930).

Le teorie sulle cause dell'*angina pectoris* sono molteplici. La più recente e più soddisfacente è quella che attribuisce il disturbo ad un'anossiemia del miocardio. Ma quali sono le condizioni che provocano questa anossiemia?

E' ovvio pensare che la causa di un deficiente apporto di ossigeno al miocardio risieda in un'affezione delle coronarie. Le analogie tra il dolore dell'infarto cardiaco e quello dell'*angina pectoris* giustificano questa ipotesi. Sta di fatto, però, che in numerosi casi di angina non si riscontra al tavolo anatomico alcuna lesione delle coronarie.

Ed allora si è avanzata l'ipotesi della costrizione spastica delle coronarie. Ma di questo meccanismo patogenetico non si è data e non si poteva dare alcuna prova. Anzi sono state fatte varie obiezioni rilevando fatti che contrasterebbero tale ipotesi.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si può affermare che, quantunque in molti casi di *angina pectoris* si riscontrino lesioni delle coronarie, la teoria coronaria non è sempre sufficiente a spiegare il disturbo in tutti i casi.

Allbutt avanzò l'ipotesi che il dolore dell'angor fosse dovuto ad un'improvvisa tensione della prima parte dell'aorta, che sarebbe in tutti i casi di angina la sede di lesioni infiammatorie. E la morte improvvisa, secondo lo stesso autore, sarebbe da attribuire all'inibizione vagale. C'è da obiettare che non in tutti i casi di *angina pectoris* sono dimostrabili lesioni aortiche, che queste decorrono generalmente senza angina, che l'aortite sifilitica è più frequente in individui più giovani di quelli nei quali è più frequente l'angina. D'altra parte la teoria aortica si riallaccerebbe a quella coronaria in quanto le lesioni aortiche provocherebbero un'alterazione della circolazione coronaria ed in quanto le lesioni aortiche sono quasi sempre accompagnate da corrispondenti lesioni coronarie.

Le teorie che fanno risiedere nel miocardio l'origine dell'*angina pectoris* sono tre: esaurimento, distensione ed anossiemia del miocardio.

La teoria che l'*angina pectoris* sia determinata da un esaurimento acuto del miocardio è sostenuta da J. Mackenzie. Si tratta di un'ipotesi semplicista, vaga, poco convincente, ed in ogni modo contraddetta dai fatti. Non si spiega in effetti perchè l'angina non sopravviene nei vizi cardiaci nei quali le forze di riserva del miocardio non sono risparmiate.

L'ipotesi che l'*angina pectoris* sia determinata dalla distensione acuta del miocardio si basa unicamente su fatti analogici. Come quel-

lo gastrico ed esofageo, il dolore cardiaco sarebbe prodotto dalla perdita del tono e conseguente distensione del muscolo, ed il nitrito di amile agirebbe stimolando il miocardio. C'è da obiettare: 1) che il dolore dell'*angina pectoris* tende a scomparire con l'indebolimento congestivo del cuore; 2) che in molti casi di infarto cardiaco il dolore manca proprio quando il cuore è precedentemente indebolito e dilatato; 3) che non è vero che il nitrito d'amile stimola il miocardio; 4) che le analogie con il dolore gastrico ed esofageo non sono ammissibili date le differenze strutturali.

La teoria dell'anossiemia si riallaccia a quella coronaria in quanto il difetto di circolazione produce una diminuzione dell'apporto di ossigeno al miocardio. E' questa la teoria che più si accorda con i fatti.

Il fenomeno dell'anossiemia si verifica in modo evidente nella trombosi coronaria, ed in effetti il dolore che si ha in questa condizione non differisce da quello dell'*angina pectoris*.

Le differenze cliniche riguardano solo l'imponenza e la persistenza delle manifestazioni. Nell'infarto cardiaco sono patognomonici la durata dell'attacco, il collasso, l'ipertermia, la caduta della pressione sanguigna, la nausea e l'anoressia ed i fenomeni di stasi nel fegato e nei polmoni.

Interessante è il fatto che l'infarto miocardico è spesso preceduto da attacchi di *angina pectoris*, che sono in rapporto al progrediente restringimento del lume vasale e quindi della anossiemia.

Tutto ciò conforta l'ipotesi che in definitiva l'angor è l'espressione di un'affezione delle coronarie.

E' impossibile precisare in quale momento della lesione coronaria si hanno gli attacchi anginosi. Vi sono attacchi dipendenti dall'occlusione graduale del lume di una branca principale della circolazione coronaria o, meno probabilmente, della trombosi di un piccolo ramo che per la sua importanza non è in grado di dare il quadro clinico dell'infarto miocardico.

Quando le coronarie sono lese solo leggermente occorre uno sforzo forte per provocare l'anossiemia del miocardio, quando invece la alterazione delle arterie è grave esse diventano incapaci ad adattare il loro lume alle necessità della circolazione, e bastano sforzi leggeri per provocare l'attacco anginoso. Nei casi nei quali è stabilita la trombosi coronaria la circolazione è definitivamente ostruita, ed allora l'attacco si scatena anche quando la richiesta del cuore è minima, anche quando il paziente è in riposo a letto.

Dal punto di vista terapeutico è interessante distinguere gli attacchi anginosi prodromici dell'infarto da quelli di semplice *angina pectoris*. A differenza di quanto avviene in questa ultima gli accessi sono indipendenti dagli sforzi e dalle emozioni e non si calmano subito con il riposo. L'attacco iniziale può essere breve, ma dopo qualche ora o qualche giorno aumentano di frequenza e d'intensità fino a dare uno stato anginoso prolungato che culmina nella sindrome dell'infarto cardiaco tipico. L'intiero processo può svolgersi per giorni o settimane. Gli attacchi sono spesso, nel loro acme, accompagnati da dispnea. Qualche autore ha tentato di differenziare questi attacchi anginosi prodromici dalla semplice angina, tenendo conto del carattere, della posizione e della intensità del dolore, ma in realtà questi caratteri non costituiscono sicuri elementi diagnostici.

Un dato importante per la diagnosi è fornito dall'azione dei nitriti, che calmano il dolore dell'*angina pectoris*, mentre restano inefficaci o meglio hanno un'azione temporanea negli attacchi prodromici dell'infarto.

Il modo di agire dei nitriti nell'alleviare il dolore anginoso è ancora incerto. Probabilmente agiscono abbassando la pressione sistolica e dilatando le arterie coronarie, cioè a dire riducendo il lavoro del cuore ed aumentando l'apporto di sangue.

I nitriti sono controindicati non solo nell'infarto emorragico già formato, ma anche durante lo svolgersi del processo trombotico. Il sollievo transitorio che essi procurano è seguìto da un ritorno del dolore con maggiore violenza.

In conclusione gli attacchi prodromici dell'infarto cardiaco si distinguono da quelli dell'*angina pectoris*: 1) perchè sono indipendenti dagli sforzi e dalle emozioni; 2) perchè il riposo non dà sollievo; 3) per la ricorrenza e la durata dell'attacco; 4) perchè spesso accompagnati da dispnea; 5) per la tipica reazione ai nitriti. DR.

L'angina pectoris postinfluenzale.

(A. S. HYMAN. *Journal American Medical Association*, 1930, n. 15).

L'angina pectoris postinfluenzale fu per la prima volta notata da Samson nel 1892. Egli osservò un rilevante numero di casi nei quali dopo un attacco d'influenza si aveva un dolore per lo più a tipo parossistico nella regione del cuore. Questo dolore spesso era accompagnato da parestesie all'arto superiore sinistro e talvolta anche da dispnea indipendentemente da ogni sforzo.

Nello stesso anno Gibson affermò che l'influenza deve essere considerata come uno dei più importanti fattori etiologici dell'angina pectoris.

Nel 1924 Vaquez e più recentemente Brooks dimostrarono la parte che spiegano le infezioni, e sopra tutto l'influenza, nello sviluppo dell'angor.

L'A. in 412 casi d'influenza acuta ha visto seguire l'angina pectoris nove volte in individui che prima non avevano avuto nessun accesso.

In questi casi, che si verificarono tutti in soggetti di media età, l'influenza era durata da due a sei giorni. Il primo attacco anginoso si ebbe dopo una media di diciassette giorni dalla cessazione della febbre, senza che vi fosse alcun rapporto tra la durata dell'infezione e quella di detto intervallo e l'intensità degli accessi.

Dei nove pazienti tre morirono, uno dopo il primo attacco, uno al secondo ed uno al terzo.

Tre erano già affetti da malattie cardiovascolari, uno era iperteso, gli altri cinque erano assolutamente sani.

Se si tien conto che l'influenza non di rado è causa di altre alterazioni cardiache, come il blocco, la bradicardia persistente e lesioni miocardiche irrimediabili bisogna convenire che questa infezione generalmente ritenuta capace di colpire solo l'albero respiratore è tra i fattori più importanti e più frequenti della etiologia delle malattie cardiovascolari.

Quel che sopra tutto è interessante si è che non v'è alcun rapporto tra la gravità delle manifestazioni cliniche del periodo acuto ed il danno che ne può seguire al cuore.

L'angina pectoris conseguente ad una infezione cardiaca non è rara, ma non è più grave ed apparentemente più frequente di quella postinfluenzale.

Gli insegnamenti pratici di questi studi sono i seguenti: in ogni caso d'influenza bisogna sorvegliare il cuore, ed il periodo della convalescenza deve essere protratta fino a quando l'apparato circolatorio non appare perfettamente in ordine. Al riguardo può dare utili informazioni l'eletrocardiogramma che in ogni caso di angina pectoris postinfluenzale mette in evidenza gravi alterazioni miocardiche.

DR.

La trombosi cardiaca nella difterite.

(J. CHALIER e BOUYSSET. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 giugno 1930).

Gli AA. hanno dimostrato, in lavori precedenti, che la malignità nella difterite è data da una iperintossicazione, che colpisce di preferenza i reni ed i surreni.

Il cuore è colpito con una frequenza minore di quanto si ammette generalmente. Tale evenienza però si verifica e può accompagnarsi a trombosi cardiaca, di cui gli AA. pubblicano un caso molto dimostrativo, con embolismi cerebrali e nella femorale.

La trombosi cardiaca difterica si manifesta nelle angine maligne o trattate troppo tardivamente e fa parte della sindrome secondaria maligna. In essa i *segni cardiaci* mancano di precisione. Ritmo cardiaco frequente (100-140) normale, tensione arteriosa bassa, primo tono sordo, secondo spesso indebolito; talora ritmo di galoppo.

La dilatazione delle cavità cardiache è messa in evidenza dalla deviazione dell'urto della punta, dall'aumento dell'ottusità precordiale, dalla distensione delle giugulari, dall'aumento del volume del fegato.

Vi è dispnea, cianosi delle labbra, delle estremità, marmoreggiature agli arti. L'astenia cardiaca si accentua, il polso si fa filiforme e si ha la morte in sincope o con collasso progressivamente crescente.

In qualche caso, si ha evoluzione favorevole.

La scena, però, è del tutto dominata dalle embolie: 1) cerebrali, con tutte le conseguenze; 2) degli arti (dolore brusco in corrispondenza dell'obliterazione, impotenza muscolare, arto freddo, livido); non bisogna affrettarsi a predire una gangrena estesa, in quanto che la circolazione anastomotica, specialmente nel bambino, può offrire molte vie alla supplenza; 3) dell'aorta addominale; 4) delle arterie dei reni (ematurie), della milza, delle arterie polmonari (per lo più sorprese d'autopsia).

In complesso, però, si tratta di fatti di una certa rarità.

fil.

L'uso terapeutico dell'ossigeno nella trombosi delle coronarie.

(LEVY e BAVACH. *The Journal of The American Medical Association*, 3 maggio 1930).

La brusca chiusura trombotica di un ramo delle coronarie produce uno stato iniziale di shock. L'intensità del disturbo funzionale sussequente dipende dal calibro e dalla localizzazione del vaso occluso come pure dalla distribuzione e dalle anastomosi delle coronarie nell'individuo colpito. Se la risultante zona d'infarto miocardico è estesa si hanno sintomi di deficienza cardiaca. L'azione cardiaca diventa debole, frequente, irregolare; si può avere ritmo di galoppo; la pressione sanguigna cade bruscamente e si mantiene ad un livello relativamente basso; compaiono cianosi e rantoli alle basi polmonari; il respiro si fa frequente e difficile. Si ha il quadro dell'asfissia acuta da insufficienza miocardica.

Se il cuore non è molto gravemente colpito e può conservare un'adeguata circolazione, il paziente sopravvive all'attacco. Si usano abitualmente stimolanti cardiaci (digitale, caffeina) ma il loro valore è problematico e di difficile apprezzamento.

Si sa che nei malati d'insufficienza cardiaca il contenuto in ossigeno del sangue venoso e di quello arterioso è spesso diminuito e c'è diminuzione della ventilazione polmonare. Burach e Woodevell hanno osservato che nell'insufficienza cardiaca l'inalazione di ossigeno al 40-50 % aumenta la suturazione tanto arteriosa che venosa. Tenendo presente quest'osservazione gli AA. tentarono la somministrazione di ossigeno in 4 ammalati gravi con trombosi coronaria. L'ossigeno fu dato in concentra-

zione del 45 % costantemente per un periodo oscillante da 5 giorni a 2 settimane. Fra i 4 casi, 1 solo paziente vive ancora due anni dopo l'attacco di trombosi; gli altri tre sono morti in un periodo vario (da 3 settimane a due mesi). Secondo gli AA. con questo metodo si ha miglioramento dei sintomi subiettivi in 1-3 ore dall'inizio della somministrazione di ossigeno e specialmente della difficoltà a respirare, si ha diminuzione notevole e anche abolizione della cianosi, diminuzione della frequenza del ritmo respiratorio con tendenza a scomparsa del respiro di Cheyne-Stokes (se c'era), come pure diminuzione della frequenza del ritmo cardiaco e maggior ampiezza del polso. Qualche volta il sospendere la somministrazione dell'ossigeno, prima che i disturbi circolatori si fossero adeguatamente compensati, riconduceva alle condizioni preesistenti.

Per questo, nei casi in cui la lesione miocardica da trombosi delle coronarie è passibile di guarigione, l'ossigeno-terapia può essere un valido aiuto a mantenere una circolazione adeguata, finchè il cuore si rimetta dei disturbi da cui è stato acutamente colpito.

R. Lusena.

ORGANI DIGERENTI.

Osservazioni sulla diverticolite.

(Schlesinger. *The Lancet*, 21 giugno 1930).

I diverticoli del colon furono descritti per la prima volta dal Cruveilhier nel 1849. Sebbene ci siano stati poi altri lavori pubblicati, questa condizione acquistò importanza patologica e clinica solo una ventina di anni fa e solo dopo i moderni perfezionamenti della radiologia è possibile vedere i diverticoli anche piccoli.

Secondo i dati della clinica Mayo si hanno diverticoli 1 volta su 8 pazienti al disopra di 45 anni. La sede più frequente è il sigma (40 %); nel 30 % dei casi i diverticoli sono sparsi per il colon e sugli altri sono localizzati alla flessura splenica, al colon trasverso, al cieco, al retto. Nel colon ascendente non si trovano mai.

De Quervain e Spriggs hanno proposto di chiamare diverticulosi la presenza di diverticoli e diverticolite la loro infiammazione. I diverticoli hanno dimensioni a volte quasi microscopiche, a volte sono del diametro di 2-4 cm., molto raramente più grandi. Sono per lo più pieni di feci.

Per l'origine dei diverticoli possiamo dire che, sebbene ci siano casi indubbi di diverticoli congeniti, per lo più essi sono acquisiti. Se ne ha la prova nel fatto che verso la metà della vita si sviluppano e se ne può seguire lo sviluppo coi raggi X.

Secondo Spriggs e Marxer c'è uno stadio prediverticolare in cui si ha infiammazione di tutta la circonferenza dell'intestino e un'ernia che si produce per lesioni delle fibre muscolari. Certamente la diverticulosi si osserva quasi sempre associata a focolai settici in altra sede (infezione dentaria, artrite vertebrale, colecistite).

Un'altra teoria patogenetica è quella per la quale i diverticoli dipenderebbero dalla stitichezza per gli sforzi di pressione su muscolatura congenitamente debole o debole sul punto d'ingresso dei vasi sanguigni.

Secondo Davies-Colley la debolezza dipenderebbe da eccesso di grasso attorno al colon; ma Spriggs nota a questo proposito che si hanno molti casi di diverticulosi in individui magri e deperiti.

In quanto *ai sintomi* è dubbio che i diverticoli per sè stessi presentino sintomatologia apprezzabile. I sintomi dipendono invece da modificazioni meccaniche e infiammatorie dei diverticoli. Le modificazioni meccaniche che consistono nell'accumulo progressivamente crescente di feci nel diverticolo e possono condurre ad una perforazione durante i movimenti peristaltici senza alterazione infiammatoria della parete. L'infiammazione è però più frequente e più importante e può essere acuta o cronica con riacutizzazioni. Nelle infezioni acute, che sono rare, si hanno modificazioni somiglianti a quelle dell'appendicite con gangrena e perforazione che può comparire anche in poche ore conducendo a peritonite generalizzata. Un caso di questo genere riferisce brevemente l'A. Più frequente è l'infiammazione cronica associata ad ispessimento e rigidità dell'intestino; può dare anch'essa peritonite di vario grado, circoscritta o generalizzata, ascessi peritoneali, aderenze colla vescica, coll'intestino tenue, colla parete, fistole di vario tipo (più frequente quella fra intestino e vescica).

Ci sono *varietà cliniche* dovute allo studio della malattia. La sintomatologia merita una revisione specialmente per poter distinguere la diverticolite dalle sue complicazioni il che è importante specialmente per la terapia. In ogni paziente di più di 40 anni che si lamenta di fastidio all'addome, specialmente alla fossa iliaca sinistra, con stipsi, irritazione vescicale e ogni tanto febbre si deve pensare alla diverticolite e allora quasi sempre si ha dolore alla fossa iliaca sinistra o sopra il pube e ci può essere ispessimento del colon o anche una tumefazione locale. L'esame radiologico conferma la diagnosi.

Per la sintomatologia si possono distinguere tre tipi: infiammatorio, ostruttivo e genito-urinario. Nel tipo infiammatorio si hanno attacchi simili a quelli appendicolari, ma localizzati a sinistra, che possono cominciare improvvisamente dopo un pasto pesante, o durante la defecazione o un clistere o durante il lavoro o giuocando. Questi attacchi sono di gravità diversa secondo l'esito (peritonite,

ascesso, aderenze). Spesso il paziente avverte irradiazione del dolore verso i testicoli o la vagina.

Se c'è tumefazione questa può ridursi o scomparire dopo l'attacco.

Nel tipo ostruttivo l'errore di diagnosi col cancro è frequente anche per la sorveglianza nel decorso. C'è una lunga storia di stipsi progressivamente crescente. All'ostruzione si unisce dolore e febbre. Il dolore diminuisce dopo vuotata la vescica. La leucocitosi è sintoma differenziale dal carcinoma.

Nel tipo genito-urinario si ha frequenza della minzione che è urente; i disturbi vescicali possono insorgere acutamente col passaggio di piccole particelle fecali nella defecazione; l'urina ha odore fecale ed ha sedimento abbondante; il passaggio di gas nell'uretra fa cessare il dolore. La fistola è constatabile colla cistoscopia.

Per *la diagnosi*, se non ci sono complicazioni, il dolore, la febbre irregolare, la leucocitosi moderata, l'assenza di sangue nelle feci, l'irritazione vescicale fanno pensare a diverticolite. La sigmoscopia è utile. Però il miglior mezzo diagnostico è l'osservazione radiologica; però c'è da notare che dopo clisma opaco l'immagine radiologica può indicare un diverticolo molto più grande di quel che è veramente.

C'è divergenza di opinioni circa la frequenza con cui sui diverticoli si sviluppa un cancro. E anche la diagnosi differenziale fra di loro è difficile.

Per la profilassi occorre curare la stipsi in tutti quelli in cui radiologicamente si nota un diverticolo.

Per *la cura*, se la diverticolite non è accompagnata da peritonite basta la cura medica: riposo in letto e dieta fino a scomparsa dei sintomi; utile la somministrazione di paraffina per clistere da ritenersi per parecchie ore. Si deve dare atropina, con o senza ioscina, per bocca o per iniezione ipodermica; non si devono dare purganti.

Pel trattamento chirurgico è da notare che non si deve fare l'asportazione del diverticolo se c'è peritonite, perchè altrimenti si uccide il paziente. Se c'è peritonite si apre e si drena con irrigazioni alla Carrel. Se c'è un ascesso si apre e si fa la colostomia o la cecostomia; in un secondo tempo si può poi togliere il diverticolo. In qualche caso è possibile fare la resezione primaria con sutura capo a capo. Però il più delle volte si deve operare in più tempi.

Per la cura della fistola vescicocolica si deve prima fare una colostomia e solo in secondo tempo procedere alla chiusura della fistola. In molti casi però ci si deve contentare di una colostomia permanente con chiusura totale dell'intestino sottostante.

R. LUSENA.

Il ritardo del passaggio ileo-cecale e la ipertonia segmentaria del ceco ascendente nei loro rapporti con la appendicite.

(JACQUET, GALLY, POREAUX. *Presse Méd.*, n. 14, 15 febbraio 1930).

Le ricerche radiologiche si sono limitate fino al presente, in materia di appendicite, allo studio dell'appendice stessa; ora gli AA. ritengono di poter affermare che esiste un comportamento speciale del tratto intestinale vicino che può fare porre la diagnosi di lesione appendicolare.

Essi hanno esaminato sotto questo punto di vista 205 malati col metodo del doppio pasto opaco e vengono alle seguenti interessanti conclusioni.

Fisiologicamente presso un soggetto normale e sei ore dopo il pasto opaco il bario è versato dal tenue quasi in totalità nel ceco ascendente che è nettamente visibile. La colonna opaca riempie l'ascendente fino all'angolo epatico e comincia talora a giungere nel traverso; nelle anse del tenue non esiste più che un leggero residuo di bario.

Negli appendicolari il passaggio appare *ritardato*. Alla fine della sesta ora gran parte della massa opaca è ancora nell'ileo. Il ceco a questo momento è appena indicato, l'ascendente non è visibile.

Sui 205 casi studiati questo fenomeno è stato riscontrato 38 volte, e si ebbe nel 12 % di individui non sofferenti di appendicite e si riscontrò nel 40 % dei sofferenti di appendicite cronica.

Gli AA. fan notare che essi non intendono richiamare l'attenzione sulla stasi dell'ileo il cui valore come rivelatrice di una importante lesione del « carrefour » inferiore, è già dimostrato, ma bensì intendono segnalare l'importanza del *semplice ritardo* del percorso ileo cecale, cioè delle minime stasi di questa regione. Si tratterebbe di un fenomeno abbastanza generale nell'appendice e di un segno relativamente sicuro.

Già Carmann di Filadelfia segnalò nel 1921 la *Spasticity of the Colon* come segno di presunzione dell'appendicite. Anche da queste recenti ricerche risulta che la contrattura generalizzata del quadro colico è ben lungi dall'essere rara durante la appendicite. Ma gli AA. segnalano il fatto che lo spasmo colico rimane localizzato al ceco ascendente, non sorpassa l'angolo destro del colon, e rispetta in tutta la sua estensione il trasverso e il discendente, il che è anche più caratteristico. Questi fenomeni sono stati trovati presenti nel 20 % (!) degli appendicolari, mentre si han solo nel 3 % degli altri malati; ma se ci si limita a tener conto della *semplice ipertonia del ceco ascendente*, la frequenza di questo sintomo è ancora assai più notevole.

Nell'appendicite esisterebbe quindi una *sindrome indiretta e di reale valore caratterizzata da uno stato contratto del ceco e del colon destro soli, eccettuato tutto il restante del grosso intestino, ed associato ad un ritardo abituale del passaggio ileo cecale.*

L. Tonelli.

Il trattamento di Ochsner-Sherren (ritardato) della appendicite acuta. Indicazioni e tecnica.

(Hamilton Bailey. *The British Medical Journal*, gennaio 1930).

Scopo di questo metodo di terapia è di cercare di ridurre la mortalità per appendicite che ancora oggi è, malgrado tutto, cospicua.

Non si tratta di un semplice rinvio dell'operazione e tanto meno di una sostituzione all'intervento ma di una seria preparazione ad esso. Solo un chirurgo può intraprendere questo metodo di cura e solamente in un ospedale chirurgico o in una casa di salute ove siano persone addette all'assistenza del malato che siano esperte in questo trattamento.

Conviene anzitutto fare una accurata scelta dei malati al che si giungerà attraverso una esatta anamnesi ed esame obiettivo oculato.

Quando l'inizio dei disturbi, riferito con sicurezza ad appendicite acuta, risale a meno di 48 ore, l'operazione immediata è quasi sempre consigliabile.

Ma se sono trascorse più di 50 ore dall'inizio della malattia, e non appaia ragione alcuna impellente alla rimozione della appendice, il chirurgo esperto nel metodo Ochsner-Sherren, lo applicherà sul suo p. tranne le seguenti eccezioni:

1) l'iperestesia è presente;
2) il p. ha meno di 5 anni di età;
3) la diagnosi di appendicite non è sicura;
4) è sopraggiunta una peritonite generalizzata;
5) è stata somministrata al p. di recente una purga energica.

Tecnica: il p. viene posto nella posizione alta di Fowler. Il polso viene registrato ogni due ore e la temperatura ogni quattro.

Se il p. ha vomito, questo fatto viene notato, come pure l'ora in cui avvenne, la quantità e i caratteri di esso.

Per quattro giorni od anche più al p. viene data solo acqua. Al 5° giorno se il polso e la temperatura sono soddisfacenti, e il p. ha fame si inizia una prudente alimentazione che viene gradualmente accresciuta nei giorni seguenti.

Nessuna medicina sarà somministrata: saranno specialmente proscritti i purganti e la morfina fino a che la risoluzione non è completa.

Al 4° o 5° giorno vien fatto un piccolo clistere con glicerina; dopo che per una settimana il dolore e i segni fisici sono assenti si farà prendere al p. dell'olio di paraffina. L'infermiera addetta all'infermo riferirà subito se aumenta la frequenza del polso, se la temperatura sale, se c'è dolore o vomito ed anche, nei periodi più avanzati del trattamento, se insorge diarrea o passaggio di muco nelle feci.

Sono questi sintomi che saggiamente apprezzati e interpretati possono condurre ad abbandonare il metodo.

Un p. che ben sopporta questa terapia, dopo le prime sei ore di trattamento, non dovrebbe più accusare dolore.

È solo dopo sei giorni e mezzo circa che si potrà segnalare il successo ottenuto.

Dopo quanto tempo, il malato che ha ben sopportato il trattamento ritardato, deve essere operato?

L'appendicectomia subito dopo la risoluzione clinica è spesso una operazione molto difficile e d'altra parte si sa che è necessario che passino circa due mesi da tale epoca perchè i prodotti dell'infiammazione si risolvano completamente.

Ma pochi relativamente sono i pazienti che dopo i due mesi si ripresentano al chirurgo.

L'A. ha escogitato il seguente piano: quando un p. che ha beneficiato del trattamento di O. S. esce dall'ospedale, egli gli fa firmare due carte sulle quali è scritto:

« Dichiaro di essere stato colpito da un attacco di appendicite. Il chirurgo ha considerato che nel mio caso era più sicuro differire l'operazione.

Comprendo pienamente il pericolo di lasciare l'appendice in posto e sono d'accordo di tornare in ospedale il... e di far conoscere se prima di tale data ho qualche disturbo ». Una carta resta al p. e l'altra al chirurgo.

Ciò è fatto sia a scanso di responsabilità da parte del chirurgo, sia per ricordare al p. la data dell'operazione che viene fissata per due mesi dopo l'uscita dall'ospedale.

Anche gli ascessi appendicolari purchè di modeste proporzioni possono beneficiare del trattamento ritardato. In tal caso la tumefazione diviene sempre più piccola e finalmente scompare.

Se però dopo il quinto giorno di trattamento la tumefazione non rimpiccolisce od anzi aumenta, oppure la temperatura è elevata, o il p. è in età infantile, o c'è fluttuazione apprezzabile, il metodo O. S. deve essere subito abbandonato per l'operazione immediata.

Se in un malato di appendicite acuta sopraggiunge una peritonite generalizzata, il trattamento ritardato potrà ancora essere molto utile allo scopo di trasformare l'infiammazione peritoneale generalizzata in una raccolta di pus localizzata infraombellicale o pelvica che sarà facilmente aperta e drenata.

L'esperienza insegna che il semplice drenaggio, senza l'asportazione dell'appendice prima di questa localizzazione ha raramente concorso a salvare la vita del p.

D'altra parte nel maggior numero dei casi la rapida rimozione dell'appendice insieme al drenaggio sovrapubico è la migliore linea di condotta da seguire nella appendicite perforata con peritonite diffusa, a patto però che l'operazione sia sollecita e la anestesia perfetta.

Ma se ciò non è possibile ottenere sia per la scarsa capacità tecnica dell'operatore sia perchè l'anestesista non è sufficientemente esperto nella somministrazione di gas ed ossigeno, sarà molto meglio sottoporre il malato al trattamento di O. S.

Al solito metodo si avrà cura d'aggiungere: iniezioni di siero fisiologico e di siero antigangrenoso; somministrazione di olio canforato; registrazione del polso ogni ora; aspirazione del contenuto dello stomaco se c'è vomito.

Il metodo è controindicato nell'infanzia e nella prima adolescenza.

Se la peritonite generalizzata è dovuta a recente apertura di un ascesso appendicolare, il semplice drenaggio dell'ascesso salva quasi sempre la vita del p.

Tra l'agosto del 1927 e il novembre del 1929 l'A. ha curato 315 malati con appendicite acuta: di essi 242 furono operati e vi furono 4 morti; 73 furono trattati col metodo di Ochsner-Sherren e uno di essi morì. Quest'ultimo era stato operato in seguito all'insuccesso del trattamento ritardato.

In conclusione l'A. è convinto che la chiave che serve a risolvere il problema della diminuzione della mortalità per appendicite acuta, sta nel poter trovare un giusto criterio di apprezzamento sulla selezione dei malati: quelli che debbono subito essere operati e quelli che invece debbono essere affidati al trattamento ritardato. VICENTINI.

Sulla questione dell'interposizione del colon.

(E. JUST. *D. Zeit. f. Chir.*, vol. 220, 1929).

L'interposizione del colon è, secondo l'A., costituita dal colon che si va a mettere nello spazio tra il fegato e il diaframma e può essere uno stato patologico temporaneo o durevole. Clinicamente si può sospettarlo, radiologicamente se ne ha la conferma.

L'intestino si sposta dalla sua sede e si insinua tra fegato e diaframma. Però tale fatto si verifica ad intermittenza. La patogenesi è da ricercare in una malformazione o alterazione patologica del colon con ectasia e allungamento dell'intestino stesso, che è così dotato di una mobilità abnorme.

Può essere momento concomitante un'alterazione di forma e posizione del fegato e anche alterazioni patologiche del diaframma. Dal punto di vista terapeutico per l'interposizione intermittente vale il trattamento che si usa per le splacnoptosi; e così pure per la interposizione permanente quando non vi siano disturbi di canalizzazione intestinale. Per l'incarcerazione e l'ileo cronico è indicato un intervento. Se le condizioni generali lo permettono si può fare una resezione, altrimenti si ricorrerà ad operazioni palliative (enteranastomosi, ecc.). V. GHIRON.

REUMATISMI.

Principii generali del trattamento delle malattie reumatiche.

(W. S. C. COPEMAN. *British med. Journal*, 24 maggio 1930).

L'A. adotta la classificazione proposta dal Ministro della salute pubblica d'Inghilterra, che è la seguente.

Gruppo A. 1) Febbre reumatica; 2) reumatismo subacuto.

Gruppo B. Manifestazioni non articolari. 3) Reumatismo muscolare (mialgia), comprese la fibrosite, la pleurodinia, il torcicollo; 4) lombaggine, classificata da sola per la sua importanza professionale; 5) sciatica e neurite brachiale.

Gruppo C. Lesioni articolari croniche. 6) Artrite reumatica (periartrite infettiva); 7) Osteoartrite; 8) gotta acuta e cronica; 9) lesioni articolari croniche non classificabili.

Il *gruppo A*) va considerato del tutto a parte e non è trattato dall'A.

Per quanto riguarda il *gruppo B*), si deve anzitutto tener presente che la reazione del muscolo in riposo è alcalina, mentre quando esso si contrae, si ha formazione di calore e di acidi lattico e succinico che, nel tessuto normale, vengono rapidamente ossidati in CO_2. Tali prodotti di rifiuto vanno eliminati prontamente; se invece il drenaggio linfatico è bloccato, essi si accumulano, provocano irritazione ed il tessuto risponde a questa con l'infiammazione. Il risultato di quest'ultima è la formazione di piccoli noduli e di strisce fibrose, che possono farsi scomparire col massaggio.

Le forme migliori di trattamento di queste malattie sono quelle idrologiche e fisiche, specialmente se si può provocare la sudorazione. Come consigli generali, evitare il freddo e la costipazione e fare uso di una dieta bene equilibrata nei suoi componenti chimici e vitaminici.

Nel *gruppo C*), che è uno dei più importanti, rientrano una grande parte dei pazienti che si vedono ambulatoriamente. Molti di essi hanno sofferto, in antecedenza, di disturbi intestinali e, talora, di vertigini.

L'A. tralascia di considerare la gotta, che ha già una vera letteratura a sè.

L'ARTRITE REUMATOIDE.

Per quanto riguarda poi l'artrite reumatoide, l'A. osserva che tale denominazione è forse

una di quelle più erroneamente usate in medicina. Si ammette generalmente che essa stia ad indicare una malattia che si osserva più spesso fra le giovani donne che si applicano ad occupazioni extracasalinghe e che è caratterizzata da un processo di atrofia, di rammollimento e di rarefazione dell'estremità articolare delle ossa; quando i muscoli ed i tendini si retraggono, ne risulta una deformità. Si hanno inoltre notevole distruzione dei muscoli e compartecipazione dei tessuti periarticolari.

Le articolazioni comunemente affette per prime sono quelle piccole delle dita, quelle metacarpo-falangee, del pugno e, spesso, della mandibola. Le lesioni hanno tendenza ad essere simmetriche, progrediscono continuamente e si accompagnano spesso con anemia secondaria.

L'eziologia è oscura. Il Ministero della salute pubblica inglese ritiene che tale malattia abbia origine infettiva, ma l'A. ha veduto molti casi in cui tale origine poteva logicamente escludersi. In gran parte dei casi, si può ammettere un disturbo del metabolismo, uno squilibrio endocrino.

Il trattamento di questa forma deve essere diretto anzitutto alla eventuale causa infettiva se si riesce a trovarla. Esaminare i denti ai raggi X ed eliminare quelli sospetti; curare i disturbi digestivi. Escludere, nei locali di lavoro, e nelle stanze d'abitazione l'umidità e le correnti d'aria. Siccome molti di questi pazienti hanno una bassa tolleranza per gli zuccheri, limitare i carboidrati nella dieta, evitando il pane, lo zucchero, le marmellate, la pasticceria, le patate, e dando cibi con grassi, proteine, vitamine, specialmente B.

Siccome in questa forma si ha spesso come conseguenza una deformità, l'applicazione di stecche diventa una condizione *sine qua non* della cura. Della cura idrologica e fisica si parlerà in seguito. L'A. ha ottenuto dei risultati soddisfacenti con la trasfusione di sangue.

L'OSTEOARTRITE.

Veniva una volta riunita all'artrite reumatoide, sotto il nome di artrite deformante, denominazione ormai antiquata, da non più usarsi.

Nell'osteo-artrite, le lesioni primitive risiedono nella cartilagine e nelle ossa, anzichè nei tessuti periarticolari e nella capsula; la cartilagine può essere del tutto sostituita da tessuto fibroso. I disturbi sono, di solito, localizzati ad una o due grandi articolazioni, quali l'anca, il ginocchio, la spalla. Mancano generalmente disturbi generali, sebbene il dolore locale, specialmente nel movimento possa essere grave. Le estremità delle ossa si ingrossano con formazione di osteofiti. In complesso, tale forma può essere considerata come un'artrite ipertrofica, mentre l'artrite reumatoide sarebbe una forma atrofica. Le varie forme di spondilite non sono altro che delle manifestazioni osteo-artritiche alla colonna vertebrale.

L'osteo-artrite si manifesta, di solito, ad un'età più avanzata che l'artrite reumatoide e l'artrite infettiva. Le prove addotte da alcuni sull'origine infettiva non sono affatto convincenti. I disturbi del metabolismo, associati spesso a leggeri traumi ripetuti, sono da ritenersi le cause più frequenti.

Nel trattamento di questa forma, si deve tener presente la necessità di favorire l'eliminazione di quei prodotti del metabolismo che tendono, nell'età in cui la malattia si manifesta, ad essere trattenuti. Per questo la cura di Spa dà eccellenti risultati. Il trattamento locale è diretto specialmente ad alleviare il dolore ed a migliorare le funzioni della cute e dei muscoli coll'idroterapia e col massaggio ed, in seguito, con l'idroterapia. Nel caso che si formino degli osteofiti, è necessario impedire le posizioni abnormi, usando un'adatta ortopedia. È anche importante evitare ogni eccessivo aumento del peso corporeo, specialmente nella così detta artrite climaterica.

PRINCIPII GENERALI DEL TRATTAMENTO.

Rimozione dei focolai infettivi. — Si era attribuita al colon una grande importanza come focolaio di sepsi, ma si è visto che la questione non è così semplice come appariva a prima vista. Ad ogni modo, è un fatto che in alcuni individui l'impianto del *Bacillus acidophilus* nell'intestino può essere giovevole e che, se vi è stitichezza, l'uso di lassativi e di acque purgative o solforose può essere utile.

Vaccini. — La vaccinoterapia nell'artrite è stata una vera delusione. Forse, nelle speranze che si erano poste su tale terapia, non si era abbastanza considerato che, se anche vi è un focolaio infettivo, non è a dire che esso sia il solo che provoca l'artrite. Attendere da un vaccino il ritorno della funzionalità di un'articolazione contratta od anchilosata appare oggi assurdo.

Proteino-terapia non specifica. — Ha avuto una certa voga per alcuni anni ed è anche da considerarsi razionale per la leucocitosi che provoca. Sono stati riportati dei buoni risultati.

Dieta. — La credenza che la dieta abbia una grande importanza nel trattamento delle condizioni reumatiche è stata abilmente sfruttata da parecchi che spacciano le cure naturali e che hanno assunto una certa popolarità (l'Italia non è esclusa! *N. del red.*).

Vi sono però, in proposito, delle ricerche recenti, specialmente di Pemberton e dei suoi collaboratori.

Una cinquantina d'anni fa venne emessa l'idea che questo gruppo di malattie era dovuto alla presenza di acido urico nel sangue e che i cibi i quali fornivano tale sostanza come prodotto terminale dovessero essere esclusi

dalla dieta: principalmente, fra questi, gli organi (fegato ed altri) e le carni « rosse ». Parecchi di noi hanno sospettato che tali cibi fossero, in realtà, meno dannosi di quanto si credeva ed è interessante il rilevare che gli studiosi americani hanno dimostrato che essi, anzi, sono indicati nei casi in cui la condizione è accompagnata da anemia, appunto come rigeneratori di sangue.

La maggior parte delle cure specifiche indicate per tali malattie incomincia con un periodo di dieta totale o parziale. Così, l'opinione che l'intestino crasso abbia una parte importante nella genesi delle malattie reumatiche ha condotto alla prescrizione delle irrigazioni del colon. Si è poi notata spesso l'associazione delle malattie reumatiche con i disturbi dispeptici, sicchè le nostre indicazioni collimano spesso con quelle delle cure specifiche, allo scopo di diminuire il carico degli organi digerenti. Importante è soprattutto la riduzione dei carboidrati.

Per quanto riguarda la cura medicamentosa, si tenga presente quanto segue.

Joduri. — Sembrano realmente attivi in alcune forme e vanno tentati nella maggior parte dei casi. Lo jodio colloidale sembra del tutto inefficace e così pure la tintura di jodio; i buoni risultati che si attribuiscono a questa sarebbero da riferirsi al contenuto in joduro di potassio.

I *salicilati.* — Non hanno affatto azione « specifica » nei reumatismi cronici; come l'aspirina possono essere utili per le loro proprietà analgesiche. L'aspirina, poi, finisce per rendere ancor più miseranda la vita di questi pazienti, disturbando l'appetito e la digestione e provocando uno stato di depressione. Può essere unita agli joduri. Recentemente, si è vantato l'acido orto-jodossi-benzoico.

L'*arsenico.* — Pare che abbia dato buoni risultati, specialmente nel tipo atrofico; lo si dà a dosi piccole gradatamente crescenti, per lunghi periodi. È particolarmente indicato nei casi che si accompagnano ad anemia, ma può essere utile anche quando il sangue è normale, per il suo effetto sul metabolismo generale. Il cacodilato di sodio è la forma più innocua.

Estratti tiroidei. — L'osservazione che, nel reumatismo il metabolismo è abbassato ha condotto alla somministrazione di tiroide, che è utile, specialmente nell'osteo-artrite climaterica, specialmente se accompagnata da obesità.

Zolfo. — Gli effetti che si vantano sono dovuti probabilmente all'azione disinfettante sull'intestino, e forse al fatto che in queste condizioni, il metabolismo dello zolfo è disturbato.

FISIOTERAPIA ED IDROTERAPIA.

Calore. — Esso produce la diaforesi, aumento di frequenza del polso, iperpnea, aumento del metabolismo generale e proteico e dell'alcalinità relativa del sangue e dei tessuti, iperemia della cute, rilasciamento dei tessuti muscolari ed un effetto generale sedativo. Tali effetti sono più evidenti quando il calore è applicato generalmente anzichè localmente. Esso viene usato in varî modi: localmente, si fa uso delle lampade elettriche (calore radiante) negli apparati infrarossi, della corrente ad alta frequenza (diatermia) dei bagni locali ad aria calda, ecc.

Massaggio. — Ha l'effetto di aumentare il flusso del sangue nei tessuti, di aprire i piccoli letti capillari, di migliorare il metabolismo generale e locale della pelle e dei muscoli e di prevenire l'atrofia dei muscoli. Il massaggio va preceduto da un'applicazione, generale o locale, di calore.

Esercizio. — I movimenti, attivi o passivi, sono generalmente preceduti dal massaggio; essi, se vi sono aderenze, debbono essere eseguiti con grande cautela, tanto più che in alcuni casi si sono anche avute delle fratture nelle ossa rarefatte dal processo. Quando si eseguiscono entro il bagno, costituiscono, si può dire, la parte più attiva dell'*idroterapia*; in tali condizioni, per il caldo del bagno, si ha un rilasciamento dello spasmo, mentre la resistenza dell'acqua impedisce che si facciano movimenti esagerati e dannosi. Molte forme della *elettroterapia*, quali l'elettricità faradica e galvanica, agiscono essenzialmente per i movimenti passivi che provocano. Nell'artrite di grado moderato, si potrà incoraggiare un certo sport, che impedisca lo stabilirsi della rigidità articolare.

Riposo. — La natura provvede al riposo dell'arto ammalato nelle affezioni acute in quanto che ogni movimento provoca il dolore. Quelle croniche incominciano spesso con la sensazione di stanchezza e di affaticamento che è bene rispettare.

Actinoterapia. — I raggi ultravioletti, associati ad altre terapie, possono dare risultati assai soddisfacenti, specialmente nei malati costretti a letto con un certo grado di anemia di cattiva nutrizione.

In complesso, la cura di queste forme non deve essere basata sopra un solo metodo, ma sulla combinazione dei diversi metodi. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

La Clinica moderna. Redatta da autori specialisti sotto la direzione di G. e F. Klemperer. Traduz. diretta da F. Micheli e C. Gamna. A fascicoli in-8° di 80-100 pagine ciascuno. Unione tip.-editrice, Torino. Prezzo dei singoli fascicoli L. 10.

Abbiamo già data notizia dell'edizione originale tedesca di questa opera che, sotto il nome di *Neue deutsche Klinik,* costituisce una vera enciclopedia di medicina pratica, redatta con particolare riguardo alla medicina interna ed infantile ed ai campi affini della ostetricia, della chirurgia e delle specialità.

La traduzione italiana, fatta accuratamente con note ed aggiunte originali, segue l'edizione tedesca e si viene pubblicando abbastanza rapidamente. I singoli capitoli costituiscono delle riviste sintetiche ampie anche una ventina di pagine, redatte con senso pratico senza inutile sfoggio di erudizione ed accompagnate dalla relativa bibliografia. Buone figure e belle tavole a colori illustrano efficacemente il testo. La disposizione della materia è fatta con ordine alfabetico. Alla fine dell'opera, che consterà di circa 8500 pagine, un ricco indice alfabetico faciliterà la consultazione. *fil.*

Berliner Klinik. A. 37°, 1930, fascic. 414. Fischer. Ed. Lipsia. M. 1.

Beumer, direttore della Clinica Pediatrica di Göttingen, tratta in questo fascicolo il tema discusso della alimentazione del lattante. In poche pagine, il lettore vi troverà esposti i concetti da seguire nella alimentazione sia nei lattanti sani, sì da prevenire i disturbi della nutrizione che in quelli malati. L'allattamento artificiale ha un posto importante nella trattazione. Valdoni.

A Textbook of the practice of medicine. Un vol. in-8° di pagg. 1871, con 115 fig., rilegato. H. Mildford, Oxford University Press, London, 1929. Prezzo: Sc. 36.

Dopo un primo capitolo sulle febbri, l'infezione, la terapia immunitaria, le singole sezioni trattano i seguenti argomenti: 1) malattie infettive; 2) tropicali; 3) da metazoi; 4) da agenti fisici e chimici; 5) del metabolismo; 6) delle ghiandole endocrine; 7) del sistema digerente; 8) del sistema linfatico; 9) del sangue, della milza; 10) del sistema circolatorio: 11) del sistema respiratorio; 12) dei reni; 13) delle articolazioni e dei muscoli e delle ossa; 14) della pelle; 15) del sistema nervoso; 16) psichiatria.

Un trattato completo, quindi, dovuto alla collaborazione di 26 specialisti, sotto la direzione di W. Price, medico all'Ospedale Nazionale per le malattie cardiache. La trattazione, pure essendo sintetizzata ed un poco schematica, è fatta con notevole chiarezza e senso pratico. Ottimi capitoli introduttivi (p. es., sul metabolismo, sull'acidemia, alcalemia, sulle analisi di urina, ecc.) forniscono utili nozioni generali sull'argomento trattato nelle singole sezioni.

L'eccellente edizione su carta fina rende questo manuale, nonostante il grande numero di pagine, comodamente maneggevole. Un ricchissimo indice alfabetico facilita la consultazione ed i raffronti. *fil.*

F. Arnaud. *Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale.* Un vol. in-8° di pag. 878, rilegato. Masson et C.ie. Paris, 1930. Frs. 95.

Il presente trattato ha lo scopo di rendere più agevole lo studio della terapia, riducendola alle nozioni pratiche veramente indispensabili al medico, coordinandole ed unendole fra loro, in un'esposizione metodica e razionale per quanto lo permettono i limiti delle nostre conoscenze. L'A. ha quindi riuniti i medicamenti in gruppi, scegliendo quello più importante del gruppo stesso per una descrizione completa, in modo che, per gli altri, sono sufficienti pochi accenni.

Gli agenti terapeutici sono divisi nelle seguenti categorie: 1) modificatori delle infezioni (immunizzanti, antisettici generici e specifici); 2) modificatori del sistema nervoso (ipnotici, analgesici, antispasmodici, eccitomotori); 3) della circolazione; 4) delle secrezioni (astringenti, vomitivi, purganti, diuretici, sudoriferi, ecc.); 5) della nutrizione (medicazione rivulsiva, emollienti e topici, ferruginosi, arsenicali, ecc., opoterapia, analettici); in questo capitolo sono anche trattati gli alimenti, le bevande terapeutiche e la fisioterapia.

Larga parte è fatta ai medicamenti vegetali (fitoterapia). Un ricco indice alfabetico rende agevoli le ricerche.

Il trattato, frutto di una lunga pratica dell'insegnamento, risponde bene allo scopo e sarà utile per lo studente e per il medico pratico. *fil.*

R. Dubois de Saujon. *L'hydrothérapie médicale.* Un vol. in-16° di pagg. 129. Gauthier-Villars, éd. Paris, 1930. Prezzo: Frs. 15.

L'idroterapia, per molti medici troppo infatuati della terapia con i farmaci, non gode quella considerazione che meritano la sua importanza e la sua efficacia. In questo libro l'A. si propone appunto di divulgare in proposito le necessarie nozioni, a cominciare dall'azione fisiologica dell'acqua calda e fredda sull'organismo, seguitando con i procedimenti idroterapici e coadiuvanti, e diffondendosi specialmente sull'azione terapeutica nelle diverse malattie.

Questo libro, nella sua brevità e chiarezza, permette al lettore di conoscere meglio e di utilizzare l'azione di un agente fisico che è a portata di mano e che può essere tanto giovevole. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

2° Congresso Internazionale sulla Malaria.

(*Cont. e fine; v. num. precedente*).

SEZIONE IV. — *Patologia e Clinica.*

Ha destato interesse una comunicazione di A. F. X. HENRY (Costantina) sulla *sierodiagnosi della malaria*, in quanto che questa sembra suscettibile di applicazioni pratiche: le due reazioni proposte da Henry permetterebbero di riconoscere le forme croniche, latenti, larvate di malaria e di accertare quando la guarigione è definitiva e quando la cura deve essere continuata.

L'O. ne aveva già fatto argomento di alcune pubblicazioni. Egli ora ha confermato la specificità delle due reazioni (al pigmento di coroide e al metilarsinato di ferro), fuori degli accessi febbrili (durante i quali gli anticorpi circolanti nell'organismo vengono fissati, dai parassiti e scompaiono). L'O. ha lumeggiato le applicazioni possibili del suo procedimento non solo per la diagnosi e per guida al trattamento, ma anche per determinare l'incidenza della malaria in una data località.

B. LE BOURDELLÈS (Parigi), insieme con R. LIÉGEOIS, dà un'ulteriore conferma sulla specificità delle due reazioni. Precisa alcuni dettagli di tecnica, come la lettura dopo 3 ore, ovvero dopo 4 (se l'antigene melanico è a granuli più fini di quelli preconizzati da Henry).

P. CARTANA CASTELLA (Barcellona), in collaborazione di J. TORRADEME MOLINÀ, ha verificato le reazioni di Henry nei malarizzati artificialmente dell'Ospedale di Gerona. La reazione alla melanina risulta più precoce di quella al metilarsinato.

A. BONNET (Costantina), valendosi delle reazioni di Henry, ha scoperto molti portatori, in cui l'esame ematologico e fisico erano rimasti negativi; così potè definire la natura malarica di svariatissimi disturbi (che erano stati diagnosticati come reumatismi cronici, sciatiche, nevralgie varie, cefalee, perfino crisi gastriche tabetiformi, ecc.).

* * *

Furono fatte parecchie altre comunicazioni sulla composizione e le proprietà del siero dei malarici.

B. LE BOURDELLÈS (Parigi) ha riconosciuto che *i sieri malarici sono iperflocculabili;* da questo rilievo l'O. è condotto ad una concezione allergica dell'infezione malarica (formulata per primo da V. Ascoli): egli fa dipendere, con Lumière, i fenomeni allergici dalla flocculazione delle proteine.

F. LE CHISTON (Tunisi) ha osservato che nei malarici non luetici la *reazione di Meinicke* può essere positiva fino a due mesi e mezzo-tre mesi dopo gli accessi; dunque durante questo periodo non ha significato diagnostico nei riguardi della lue.

L. DUMOLARD (Algeri), con G. AUBRY, SANBRONY, THIODET e RIBÈRE, ha dimostrato una *diminuzione delle proteine* (globuline e, più ancora, sierine) nel siero di indigeni malarici.

ED. BENHAMOU (Algeri), con GULLE, ASSAN e MUNARET, conferma il valore diagnostico della *bilirubinemia* nella malaria, riconoscibile già al semplice colore del siero; essa permette anche di giudicare l'efficacia del trattamento. Non ha valore prognostico.

Un valore prognostico spetta invece all'*azotemia*, come ha rilevato lo stesso O. con A. LÉVI-VALENSI; essa è indice della scarsa permeabilità renale nelle forme perniciose; probabilmente vi ha parte il sistema reticolo-endoteliale del rene, bloccato dal pigmento malarico.

* * *

A. CIUCA (Romania) unitamente a L. BALLIF e M. VIERU ha studiato l'*immunità antimalarica*, quale è messa in evidenza dalla malarioterapia.

È noto che nei paesi malarici i soggetti refrattari alla malaria inoculata sono in forte proporzione: in Romania solo 53 % dei soggetti inoculati contraggono la terzana, 61 % la quartana, 80 % subterzana. Gli altri reagiscono poco o nulla. Il fatto si spiega ammettendo che essi sono stati resi refrattari da attacchi precedenti di malaria, contratta naturalmente. Sono in forte proporzione anche coloro che, dopo aver contratto la malaria inoculata, ne guariscono spontaneamente: in Romania più del 95 % dei soggetti trattati con terzana, il 30-40 % di quelli trattati con quartana. Dunque la loro recettività è solo parziale.

L'immunità antimalarica emerge anche pel fatto che uno stesso soggetto si dimostra per lungo tempo refrattario, o quasi, a inoculazioni ripetute di terzana, in proporzione del 100 %; dunque l'immunità lasciata dalla terzana è abbastanza tenace. Ma è relativa solo allo stesso ceppo; cambiando il ceppo, si è ridotta al 67 %. La quartana rendeva pure refrattari i soggetti; ma solo in proporzione del 75 %. Non esiste alcuna immunità crociata fra le tre specie principali di parassiti malarici.

* * *

J. RIEUX (Parigi) si è occupato del tempo richiesto per la *guarigione della malaria.* Negli individui sottratti a reinoculazioni, i parassiti scompaiono, quasi immancabilmente, entro un anno: tale scomparsa traduce la guarigione. Possono aversi reliquati, ma non più parassitari. Altre malattie febbrili possono far credere a riaccensioni della malaria: così la tubercolosi, le febbri bilio-settiche, le febbri urinarie, ecc.; ma l'ematozoo, per solito, manca.

I rilievi di RIEUX sono stati confermati da MISSIROLI, SOULIÉ, SWELLENGREBEL, MORIN, almeno per la generalità dei casi. Invece HENRY crede che la negatività del reperto parassitario non basti a far escludere la malaria e che ciò emerga applicando il suo metodo della sieroflocculazione. D'altra parte AUBRY, DUMORLAND, GARIN, credono incontestabile la cronicizzazione della malaria anche quando non avvengono reinoculazioni del virus.

H. ZIEMANN (Berlino) prospetta il problema della *malaria di guerra*, in rapporto con la guarigione definitiva per la valutazione delle pensioni. Rileva che la malaria di guerra ha permesso di elucidare alcuni problemi, come la durata della latenza primitiva (incubazione) e della

latenza secondaria (consecutiva alla guarigione clinica e che può essere interrotta dalle recidive). L'A. ha indagato la cosidetta « chininoresistenza » la quale può dipendere da localizzazione dei parassiti entro i capillari interni minuti, ove sono poco accessibili alla chinina; ovvero da scarse dosi del rimedio e conseguente assuefazione dei parassiti; od anche, e più spesso, da poteri difensivi insufficienti dell'organismo, indebolito dagli strapazzi e dalle privazioni della guerra. Ma anche ammettendo che, per questo motivo, si stabilisca una straordinaria tenacia della malaria di guerra, non si presentano mai recidive al di là di 5-6 anni, se non come grandi rarità. È anche da considerare che esse divengono sempre più miti. Quindi non va esagerato il compito della malaria nella patologia dei reduci.

Pur essendo guarita, la malaria può certo lasciare, quali residuati, lesioni permanenti degli organi; ma ciò accade solo dopo la malaria perniciosa. D'altra parte non sono dimostrabili rapporti di causalità tra malaria ed anemia perniciosa, leucemie, poliglobulia, linfogranulomatosi, neurastenia. Dunque non si giustifica di far risalire la responsabilità di tutte queste forme morbose alla malaria di guerra.

Sull'argomento prende la parola T. PONTANO.

A. LÉVY-VALENSI (Algeri) ha studiato, con J. MONTPELLIER, l'*anatomopatologia delle perniciose*. Ha osservato il blocco del sistema reticoloendoteliale (cellule di Kupffer del fegato, endotelio dei glomeruli renali, vasi sanguigni dei surreni, rivestimento alveolare del polmone). Crede che questo blocco, prodotto dalla melanina, abbia importanza nel determinismo della sintomatologia.

T. PONTANO ricorda, al riguardo, che il quadro clinico delle perniciose comitate ha più adeguata spiegazione nelle conoscenze sul blocco capillare (Marchiafava e Bignami). Il fenomeno del blocco reticolo-endoteliale può essere variamente interpretato.

K. E. SUREK (Indie Olandesi) ha osservato vari tipi di *nefropatie in malarici*: dall'albuminuria semplice, ascrivibile ad iperpiressia, si va alla nefrite acuta, secca o edematosa, con oliguria, ematuria discreta, ecc., per solito prodotta da *P. falciparum*. La quartana determina, con relativa frequenza, sovratutto tra i bambini e gli adolescenti e nelle infezioni gravi, una nefrite subacuta parenchimatosa, idropigena, albuminurica. Tutte queste forme cedono presto alla chinina.

SOULIÉ conferma l'azione rapida della chinina sulle nefropatie. Così pure AUBRY, a condizione però di non lasciarle divenire croniche.

R. D'ENGEL (Ungheria) ha osservato 31 casi di *nefrite* fra 2190 malarici; le forme acute erano prodotte specialmente da *P. falciparum* e il quadro corrispondeva a quello della nefrite scarlattinosa; guarivano immediatamente e completamente per azione della chinina. Il *falciparum* poteva produrre anche lesioni croniche irrimediabili, ma di rado. Queste forme croniche erano più frequenti, invece, nella malaria da *vivax* e anche in quella da *malariae*, perchè in tali casi le alterazioni renali s'imponevano meno all'attenzione e quindi evolvevano per più lungo tempo.

A. TAMALET (Tolosa) rileva la frequenza, nei malarici, delle *glicosurie* benigne, che ascrive ad alterazioni funzionali del fegato, cui possono sovrapporsi infezioni dello stesso organo, leggere alterazioni del pancreas, ecc.

Lo stesso O. ha osservato la *litiasi biliare* nell'8-9 % di antichi malarici. La spiega con l'emolisi, l'emoglobinemia, l'ingorgo epatico, la stasi biliare, l'ipercolesterinemia. Una volta costituitasi, può persistere.

J. RODHAIN (Belgio) invece contesta la frequenza della litiasi biliare nei malarici, per quanto riguarda il Congo. H. ZIEMANN (Berlino) la contesta per l'Africa orientale, ove sono rare, insieme, le infezioni tifoidi e la litiasi biliare.

E. BENHAMOU (Algeri), in una comunicazione redatta con R. MARCHIONI, ASSAN e SURMELY, ricorda i suoi noti studi sul *cuore malarico*, globoso e flaccido, a battiti lenti e molli. Ne ha fatto oggetto di numerosi teleradiogrammi, elettrocardiogrammi e sfigmogrammi. Questi rilievi consentono d'interpretare molti sintomi ascritti ad anemie, a lesioni renali, ecc. e consigliano l'uso di cardiotonici e di angiotonici insieme alla chinina.

DUMOLARD ne dà conferma.

D. MAZZOLANI (Tripoli) indaga i rapporti tra *tubercolosi e malaria;* crede che debbano variare con lo stadio della tubercolosi e con la natura dell'infezione malarica: può sussistere antagonismo. H. ZIEMANN obbietta di non avere mai osservato tale antagonismo nell'Africa orientale, malgrado la malaria vi sia intensa.

H. DUBOUCHER (Algeri), in collaborazione con A. MANCEAUX, fa una revisione generale sulla *malaria in chirurgia*: la malaria può essere ridestata dai traumi, compresi quelli operatori, come pure da vaccinazioni, ecc.; può modificare il decorso post-operativo; può provocare o favorire infezioni secondarie, come il noma, infezioni biliari o digerenti, ecc.; inoltre la chinina può essere causa di ascessi, di nevriti, ecc.

COSTANTINI (Algeri), in collaborazione con COUNIOT, si occupa della chirurgia della milza malarica (per ematomi incistati, ectopia, torsione, rottura). Rileva che la malaria può provocare algie addominali, ascrivibili a simpaticotropismo dei parassiti: esse sviano la diagnosi.

A tale riguardo G. AUBRY (Algeri) osserva che il dolore del plesso solare è quasi patognomonico all'accesso malarico acuto. Egli ha anche osservato una sindrome di Raynaud d'origine malarica.

A. LAFFRONT (Algeri) ha indagato, con H. JAHIER, il *cómpito della malaria in ostetricia*: nel 30 % delle malariche il parto ridestava le febbri; sono stati frequenti gli aborti (14,1 %) e i parti prematuri (19 %); i feti erano spesso piccoli.

Lo stesso O., con H. FULCONIS, ha indagato il problema della *malaria congenita*: non risulta legata a lesioni istologiche della placenta. Nel neonato i parassiti possono mancare (forme latenti). J. RODHAIN ha trovato scarsa la malaria congenita nel Congo. H. ZIEMANN la mette in dubbio.

A. MARIE (Parigi) riferisce sui buoni risultati della *malarizzazione terapeutica*. In caso d'in-

successo o di successo parziale, conviene ripetere la malarizzazione, variando il ceppo o la specie dei parassiti.

SEZIONE V. — *Terapia.*

Nel campo della terapia l'attenzione del Congresso si è concentrata specialmente sulla *plasmochina*, che è stata oggetto di una relazione riassuntiva presentata da P. MÜHLENS, redatta con B. NOCHT. Gli AA. preconizzano un nuovo rapporto tra chinina e plasmochina: g. 0,3 della prima, g. 0.01 della seconda per ogni compressa; il prodotto va sotto il nome di « chinoplasmina »; avrebbe il vantaggio di evitare in modo quasi assoluto le intossicazioni, grazie alla proporzione lievemente ridotta di plasmochina, in confronto all'antica « plasmochina composta ». La chinoplasmina può impiegarsi anche per via intramuscolare.

Per la cura nei paesi tropicali corrisponde un trattamento continuativo, di 10-21 giorni.

Gli AA. mettono in rilievo l'azione profilattica della plasmochina, non solo nei riguardi individuali, di difesa contro l'infezione, ma anche nei riguardi sociali, in quanto che distrugge i gametociti o li rende infecondi: al secondo scopo basterebbe perfino una sola dose di 0,5-3 cg.

Nella discussione non vi fu accordo sull'efficacia della plasmochina.

E. WALCH (Indie inglesi) contesta l'azione antigametocitica di una dose unica.

Sullo stesso argomento A. MISSIROLI ha presentato una comunicazione di LIDIA PINTO, la quale conferma, invece, tale azione; ma altre ricerche sono in corso.

J. RODHAIN (Bruxelles) richiama l'attenzione sui fatti tossici provocati dalla plasmochina e sulla necessità di controllo medico. A tale riguardo H. ZIEMANN (Berlino) rileva che, nell'isola Fernando Po, la plasmochina si è somministrata ambulatoriamente agli indigeni, sui quali è quasi impossibile la vigilanza medica; eppure non si sono prodotti accidenti degni di nota.

G. PITTALUGA (Madrid) obbietta però che gli indigeni mostrano una resistenza diversa dai bianchi; così il tetracloruro di carbonio è tollerato benissimo dagli indigeni nell'America meridionale, mentre a Murcia ha provocato alcune intossicazioni letali.

A richiesta di WALCH, MÜLHENS informa che si sono somministrati fino a 6 cg. al giorno di plasmochina, per vari giorni, senza fenomeni tossici.

S. GOBERT (Tunisi) ha indagato, con M. KROUCH e G. VILLAIN, il valore profilattico della plasmochina; ma stima necessari ulteriori studi.

I. J. KLIGLER (Gerusalemme), con G. MER, ha eseguito un tentativo di profilassi plasmochinica sulla popolazione indigena di due distretti, non altrimenti difesi, della Palestina: si somministravano g. 0,9 di chinina e 0,03 di plasmochina *pro die* agli adulti, e dosi proporzionali ai bambini, per 5 giorni. Venne trattata in tal modo la maggioranza della popolazione (oltre 1000 abitanti). I risultati furono ottimi: i portatori si ridussero del 75%; ma il successo non si è mantenuto: dopo 15-17 giorni l'indice parassitario era tornato al livello primitivo; qualche giorno dopo ricomparvero i gametociti. Si deve tener conto delle reinfezioni.

S. DE BUEN (Madrid) riferisce le prove con plasmochina da lui eseguite in Spagna.

L. I. LEISERMANN (Ucraina) osserva che la plasmochina agisce anche riducendo le splenomegalie.

* * *

Un altro argomento che ha interessato vivamente il congresso è stato l'impiego dei *chineti*.

G. LEGA ha riferito, al riguardo, anche a nome di V. ASCOLI, le ricerche sulla terapia della malaria eseguite nella Scuola Superiore di Malariologia di Roma. Dopo avere affermato che la chinina è il farmaco per eccellenza della malaria, sostiene che non si devono trascurare anche gli altri alcaloidi della china, i quali danno risultati ottimi, permettendo inoltre una scambievole sostituzione nei casi rari di intolleranza. Di più l'accertamento del potere terapeutico dei singoli alcaloidi della china permette un migliore orientamento per lo studio e l'impiego dei chineti: l'esperienza dimostra che questi sono efficaci al pari della chinina, col vantaggio di essere più accetti all'infermo, poichè non sogliono provocare fenomeni collaterali. L'O. crede che l'impiego dei chineti costituirà anche un vantaggio economico, permettendo di usufruire degli alcaloidi così detti secondari della china, che oggi restano in grande parte inutilizzati; nonchè di ritornare alla coltivazione delle vecchie e rustiche specie di *Cinchona*, le quali non hanno molte esigenze e crescono in varie regioni e non soltanto a Giava, come la selezionata *C. ledgeriana*. Passando agli altri prodotti antimalarici, nega un efficace potere agli arsenicali (neosalvarsan, stovarsol) e ai chino-arsenicali (chinostovarsol), specialmente nella malaria grave; mentre la plasmochina presenta una azione decisa, pur non valendo la chinina, con cui dev'essere, generalmente, associata.

L'O. conclude che l'indirizzo moderno dovrà rivolgersi a un più largo impiego dei chineti, oltre che proseguire nelle ricerche sui prodotti sintetici, via dimostrata promettente dai risultati conseguiti dall'impiego della plasmochina, i quali lasciano intravvedere non lontana la mèta.

Discutendo questa comunicazione, G. PITTALUGA ha osservato che il problema terapeutico della malaria non può considerarsi ancora risolto.

* * *

La *chinina* ha fatto oggetto di varie comunicazioni.

T. PONTANO (Roma) ha illustrato la chinino-resistenza, da lui indagata sperimentalmente sui parameci; questi protozoi si adattano a vivere in soluzioni deboli di chinina, ma vengono uccisi forzando le dosi. Anche nell'uomo basta aumentare le dosi, per vincere la malaria chinino-resistente; inoltre giova di cambiare la via di somministrazione del rimedio. Il fenomeno è, comunque, eccezionale.

Sull'argomento prende la parola H. ZIEMANN, cui risponde l'O.

J. D. ECHEMENDIA (Cuba) non crede ad una vera chininoresistenza: si tratta sempre di casi mal curati. Gli arsenicali non sono da considerare come succedanei della chinina, ma solo come coadiuvanti. La plasmochina presumibilmente

distrugge i gametociti meglio della chinina, sovratutto nei subterzanari; ma va associata a questo alcaloide.

M. Mazière (Nizza) stima che le dosi efficaci di chinina — dosi *optima*, non *maxima* — variino con diversi fattori; alla chinina conviene sempre associare gli arsenicali.

H. Soulié (Algeri) ha usato largamente la chinina per via endovenosa. T. Pontano obbietta che la via orale è sufficiente per la cura dei malarici: di regola l'endovenosa non è necessaria e deve essere considerata solo come mezzo di cura eccezionale. Anche S. De Buén crede che sia da preferire la via orale.

G. Lazzaro ha presentato una comunicazione in cui preconizza il trattamento della febbre itteroemoglobinurica con la chinina, identicamente ai casi di malaria semplice: il rimedio è ben tollerato anche quando ha scatenato l'accesso.

Visbecq (Parigi) ha fatto uso dello *stovarsolato di chinina*. Il rimedio sterilizza completamente i malati di subterzana e iugula i sintomi della terzana e della quartana; l'O. preconizza un trattamento discontinuo, in serie di 10 giorni, a dosi di 1 grammo *pro die* (proporzionalmente ridotte per i bambini).

L. C. Soula (Tolosa) e Radji (Teheran) sono ricorsi, con vantaggio, all'*opoterapia splenica* nell'anemia post-malarica; hanno impiegato lipidi insaponificabili estratti dalla milza.

C. Marinucci descrive un *convalescenziario antimalarico*, costituito a Nisida per il personale di aereonautica. Onde accertare la guarigione, si ricorre al trattamento provocante con la tubercolina; spesso la guarigione dei casi latenti si ottiene solo dopo questa riattivazione. L'O. rileva una caratteristica della plasmochina: accentua in modo straordinario la sensibilità dei parassiti malarici alla chinina.

Sezione VI. — *Profilassi.*

E. Jandolo ha esposto le *nuove direttive della legislazione italiana sulla bonifica integrale*, ispirata al concetto che non basta prosciugare le terre risanande, ma occorre procedere anche all'utilizzazione agraria intensiva e continuativa di esse, portandovi una popolazione rurale stabile e densa; quest'opera va fiancheggiata dalle misure igienico-sanitarie.

Lo Stato delimita, in primo tempo, i comprensori di bonifica. Tutte le opere di carattere pubblico necessarie a conseguire la redenzione del territorio sono compiute dallo Stato; le opere di miglioramento fondiario dei singoli appezzamenti di terreno sono rese obbligatorie per i proprietari interessati, a cui vengono offerte facilitazioni di vario ordine. Le une e le altre devono compiersi secondo un piano generale e secondo un ordine di tempo prefisso. Per es., la bonifica integrale viene attuata tenendo conto dei legami idrologici tra la montagna e la pianura. Vi concorrono vari Enti, in un'azione coordinata; così i Consorzi di bonifica e d'irrigazione costituiti tra i proprietari, il Segretariato della Montagna, ecc. Alla bonifica integrale il Governo italiano ha destinato mezzi finanziari ingentissimi: più di 7 miliardi di lire.

Il ritmo va accelerandosene; da 30 milioni nell'esercizio finanziario 1922-23 si è passati a 630 milioni nell'esercizio 1928-29. La bonifica integrale sarà uno dei maggiori titoli di benemerenza del Governo.

A. Missiroli dimostra l'azione risanatrice dell'agricoltura, facendo la storia delle *grandi bonifiche italiane*. Tutto il passato attesta che, per debellare la malaria, non è sufficiente prosciugare i terreni, non elevare il benessere economico, non costruire buone case coloniche. Occorre, invece, di sviare gli anofeli dall'uomo, il che si ottiene mediante l'allevamento degli animali utili all'agricoltura. Si tratta però di una azione lenta; nel frattempo importa difendersi, il che può esser fatto mediante mezzi meccanici o mediante la lotta antilarvale, col concorso, sempre necessario, dei rimedi antimalarici.

L. Bonamico illustra l'organizzazione e il funzionamento della *Scuola Superiore di Malariologia* diretta dal prof. V. Ascoli: a differenza delle Scuole omologhe, comprende una Sezione per ingegneri e per agrarî; ha il vantaggio della grande ricchezza di materiale dimostrativo a sua disposizione od a sua portata. Costituisce dunque un centro completo di studi sulla malaria.

E. Roubaud (Parigi) illustra l'utilità delle *polveri larvicide* (triossimetilene, verde di Parigi, orpimento), da lui per primo preconizzate.

A. Piédallu (Algeri) tratta dell'allevamento delle *gambusie*.

P. Copanaris (Atene) informa che la *lotta antimalarica in Grecia* è stata organizzata col concorso di malariologi specializzati, mediante la divisione del territorio in settori di profilassi (principali e secondari) e con la creazione di centri antimalarici modello; per eseguire il programma di risanamento, si spendono 24 milioni di dracme l'anno.

Hussameddin Bey (Angora) informa che la *lotta antimalarica nella Repubblica Turca* è stata intrapresa nel 1925; nel 1929 vi furono destinati 10 milioni di franchi. Nelle località ove si pratica la profilassi antimalarica, la malaria è súbito divenuta rara; contemporaneamente vi si è ridotta la mortalità generale, e vi è aumentata la natività. In queste zone la situazione economica migliora anche in virtù della coltura intensiva.

J. Schwetz (Belgio) riferisce sulla *lotta antimalarica nel Congo belga*. Nelle città (Léopoldville, Stanleyville, Elizabethville) le piccole misure antilarvali si sono dimostrate insufficienti; in attesa di una lotta più organica, giova la chininoprofilassi, intesa nel senso di cura dei portatori.

C. Conte (Tunisi) traccia la storia della *lotta antimalarica nella Tunisia*, a partire dal 1903; crede che per il risanamento definitivo occorrano altri lavori idraulici.

H. Soulié (Algeri) fa la storia della *malaria in Algeria* ed espone i mezzi di lotta attuabili. La

profilassi chininica va incontro a difficoltà pratiche, dà risultati incerti, espone a sprechi, quindi ha un'importanza ristretta. Occorre intensificare e organizzare la cura chininica e tutte le volte che le circostanze lo permettano, praticare la disanofelizzazione, in attesa della bonifica del suolo.

Altre comunicazioni sulla profilassi e sulla storia della malaria sono fatte da: COLOMBANI (Marocco), J. B. VINCENT (Orano), CIAVALDINI (Algeri), T. ZAMMIT (Malta), ANNA CELLI-FRÄNTZEL (Roma), A. FREYD (Varsavia), J. W. W. STEPHENS (Inghilterra).

A. LUTRARIO, in seduta plenaria, espone l'*attività della Commissione Malariologica della Società delle Nazioni*, istituita nel 1923. Questa commissione ha compiuto ricerche scientifiche ed inchieste epidemiologiche (in vari Paesi d'Europa, in India, nei delta fluviali, ecc.), ha dato consultazioni a Governi, ha promosso o secondato la formazione di personale tecnico (nelle Scuole di Amburgo, Londra, Parigi e Roma).

A proposito delle consultazioni ai Governi, l'O. accenna ai punti nodali del programma di profilassi tracciato dalla Commissione Malariologica. Rileva come lo Stato Italiano abbia prevenuto tutti i suggerimenti della Commissione, con l'attuazione di tre grandi iniziative e cioè: 1) approvvigionamento del rimedio specifico, mercè l'Azienda del chinino di Stato e le coltivazioni di china nella concessione di Giava ed in Eritrea; 2) preparazione di personale tecnico, mediante la Scuola Superiore di Malariologia e la Scuola di Nettuno, rispettivamente per il personale superiore e per quello subalterno; 3) la completa redenzione delle terre malariche, mediante la grandiosa opera della bonifica integrale.

Conferenze.

Furono tenute tre conferenze.

E. BENHAMOU (Algeri) trattò delle *prove di splenocontrazione nei malarici*, eseguite in collaborazione degli allievi JUDE, NOUCHY, MARCHIONI; rilevò che la milza dei malarici reagisce all'adrenalina come quella normale, a differenza della milza ingrossata per altre malattie: tale comportamento si osserva anche all'esame radiologico. Oltre all'immissione in circolo di elementi corpuscolari del sangue, si ha il passaggio dei parassiti, il che permette di assicurare la diagnosi nei casi dubbi. Inoltre il trattamento viene ad esser reso più efficace.

W. A. P. SCHÜFFNER (Olanda) descrisse il *viaggio di studi della Commissione Malariologica della Società delle Nazioni nell'India Inglese.* Esso è durato quattro mesi interi. Furono visitate 12 provincie, con molte città e con 143 villaggi, e furono esaminati più di 8000 pazienti, di cui metà adulti. Si è compiuto uno studio epidemiologico del vasto territorio. Si sono rilevati ed apprezzati vari sforzi che vengono compiuti per debellare la malaria, alcuni dei quali significativi. Si è presa visione di molti studi e metodi di ricerca attuati dai malariologi nell'India Inglese.

E. WALCH (Olanda) trattò del *risanamento di alcune paludi salmastre nell'India Olandese.*

Escursioni.

Il 22 maggio ebbe luogo un'escursione alla pianura della Mitigià, per rendersi conto delle misure attuate in Algeria allo scopo di combattere la malaria.

Quella pianura, oggi ridente e prospera, rispecchia i grandi progressi che sono stati realizzati dalla Francia in tutta l'Algeria; vi hanno avuto molta parte i medici.

Quando, nel 1830, l'Algeria venne occupata, il tifo esantematico, la dissenteria, il vaiolo, la sifilide e specialmente la malaria, vi facevano grandi stragi. Dell'Algeria si diceva: « ove manca l'acqua si muore di sete, ed ove c'è l'acqua si muore di febbri ». Il generale Duviviez affermava: « in Algeria sono i cimiteri le sole colonie che aumentano ».

I luoghi più fertili erano i più malarici. In alcuni punti la colonizzazione veniva resa del tutto impossibile dalla malaria.

I medici hanno reso abitabile il territorio. Nel 1834 il medico militare F.-C. Maillot introdusse l'uso della chinina. Sopravvenuta, dopo un cinquantennio circa, la scoperta di Laveran, da cui derivò quella relativa alla trasmissione, i tecnici furono utilizzati in pieno e l'Algeria divenne un campo propizio di ricerche e di studi, di produzione e di ricchezza.

In primo luogo si pensò a combattere la malaria. Ed è specialmente in virtù di questa lotta, che gli europei in Algeria sono aumentati da 600.000 nel 1900 a 2 milioni nel 1930. La lotta antimalarica attuata in tutta l'Algeria durante l'ultimo venticinquennio, è descritta in un magnifico volume dei fratelli Sergent.

I lavori idraulici compiuti nella Mitigià — l'Agro Algerino — sono descritti in una monografia dell'ing. Carcopino-Tusoli: risulta che una palude di 100 Km. per 10-15 è stata prosciugata da canali e da fossati.

I congressisti poterono ammirare i risultati. Assistettero anche ad una dimostrazione di chininizzazione curativa e profilattica e visitarono un'azienda agricola modello.

* * *

Il 23 maggio i congressisti parteciparono, a Costantina, ad una cerimonia commemorativa svoltasi nell'Ospedale Militare, ora intitolato a Laveran e nel quale questi, il 6 novembre 1880, esaminando il sangue di un soldato, scoprì i parassiti malarici. La stanza ove ebbe luogo la scoperta è oggi considerata come un santuario.

Nel 1882 Laveran confermava la sua scoperta a Roma; intanto Richard, altro medico dell'Algeria, la confermava nel Congo.

Un altro grande merito spetta a Laveran nel campo della malariologia: per primo, fin dal 1884, egli indicò il modo probabile di trasmissione della malaria per mezzo delle zanzare e ne precisò le ragioni. L'ipotesi fu molto criticata; ma poi essa ricevette l'adesione di Manson, che aveva dimostrato il compito delle zanzare nella trasmissione della filariosi. Le tappe successive della scoperta sul compito vettore delle zanzare si svolsero in modo brillante: Ross nel 1897-98 la dimostrava per la malaria degli uccelli; Grassi, Bignami e Bastianelli nel 1898 la dimostrazione per l'uomo.

In una pubblicazione *ad hoc*, riccamente illustrata, è fatta la cronistoria delle ricerche di Laveran ed è riportata integralmente la comunicazione da lui fatta all'Accademia delle Scienze il 24 ottobre 1881; egli vi descrive la scoperta, già annunziata all'Accademia di Medicina il 23 novembre e il 28 dicembre 1880. Molte tavole e figure corredano questa pubblicazione: rendono la regione e il luogo della scoperta, alcuni ritratti di Laveran e riproducono il manoscritto della prima comunicazione.

La cerimonia commemorativa si è svolta attraverso una lunga serie di discorsi.

Il gen med. Dopter tracciò la biografia di Laveran. Parlarono, tra gli altri, A. Lutrario per la Società delle Nazioni e per l'Italia, G. Franchini per gli allievi del grande scienziato.

Un fatto poco noto della vita di Laveran è che egli, a causa del suo spirito d'indipendenza e di fierezza, provocò il risentimento di un ministro, il quale volle punirlo trasferendolo, nel 1894, a Lilla ed a Nantes, ove mancavano laboratori ed egli non poteva più continuare i suoi studi. Ma in tal modo quel ministro puniva sè stesso. si condannava di fronte alla posterità.

E quando, nel 1895, venne organizzata la spedizione di Madagascar, si volle continuare la rappresaglia, non affidando al Laveran il cómpito di organizzare la difesa antimalarica del corpo di spedizione; ne andarono di mezzo le truppe, mal difese.

Infine Laveran si decise a rassegnare le dimissioni; egli contava allora 50 anni. Fu subito accolto dall'Istituto Pasteur di Parigi e fatto caposervizio onorario; venne messo a lavorare accanto a Mesnil. Quando, nel 1907, gli fu conferito il premio Nobel, egli volle destinare 100.000 franchi (oltre mezzo milione di lire in valuta attuale) all'Istituto Pasteur, a titolo di gratitudine per l'ospitalità ricevutavi.

* * *

Il 24 maggio, presso Batna, nel villaggio che oggi porta il nome di Laveran, venne scoperto un monumento al sommo studioso e ne fu fatta la consegna all'amministrazione comunale.

Il Congresso si chiuse con la visita alle rovine di Timgad, le quali attestano come i romani abbiano lasciato, anche nell'Africa settentrionale, memorie imponenti della loro civiltà.

* * *

L'organizzazione del Congresso è stata ottima; speciale plauso va fatto al segretario generale del Comitato locale L. Parrot.

Le autorità si sono prodigate per i congressisti. In particolare gl'italiani furono oggetto di molte cortesie e di cordialità.

Gl'italiani ricorderanno anche l'amabile accoglienza ricevuta dal Console U. Sabetta e dalla sua gentile e colta signora, figlia del sen. Pestalozza.

I lavori furono intramezzati da feste e trattenimenti vari.

Prima di chiudersi, il Congresso nominò membri del Comitato permanente dei Congressi internazionali sulla malaria: Schüffner, Swellengrebel, Hussameddin bey, Mazza.

Fu deciso che il 3° Congresso abbia luogo nel 1935 a Madrid.

V.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 giugno 1930.

Presiede il Prof. R. Dalla Vedova.

Il tempo di emorragia, di coagulazione sanguigna, l'azotemia e la velocità di sedimentazione dei globuli rossi dopo narcosi etilenica.

Dott. G. Filippa. — Premesso che dopo gli interventi operatori esiste sempre un aumento azotemico, l'O. riferisce di aver dimostrato sperimentalmente, nel cane, che la narcosi eterea e cloroformica, ed in un certo grado anche la rachianestesia, determinano una azotemia che non si rileva invece nei riguardi dell'anestesia locale, nè della narcosi etilenica.

L'O. non ha invece notato variazioni, in rapporto alle varie forme di anestesia, per ciò che si riferisce alla velocità di sedimentazione di globuli rossi, nè riguardo al tempo di coagulazione.

Sul valore della vaccinazione antinfluenzale a scopo profilattico nel lattante.

Prof. G. C. Bentivoglio. — L'O. riferisce che in una sala di crescita istituita presso la Clinica Pediatrica, si ebbe a lamentare una elevatissima mortalità dei lattanti ricoverati che arrivò quasi al 50 %: la causa più forte di mortalità fu la broncopolmonite influenzale. Fu perciò stabilito di ricorrere all'uso dei cosidetti vaccini anti-influenzali, composti di B. di Pfeiffer, streptococco, pneumococco e micrococco catarrale. Con idonee dosi di vaccino si ottennero dei risultati molto lusinghieri, tanto da registrare una mortalità per broncopolmonite influenzale del 3,50 % dei vaccinati, di fronte al 34 % nei non vaccinati.

Il prof. Pontano, dopo aver rilevato che in realtà non si tratta di vaccinazioni influenzali, ma di vaccinazioni contro la più temibile complicazione influenzale, dimostra un certo scetticismo nell'accettare dei dati molto ottimistici desunti da una osservazione relativamente breve, in un campo nel quale sono note le difficoltà per arrivare a costanti reazioni immunitarie.

Il prof. Spolverini esprime invece la sua fiducia in questo genere e rileva come, data la elevata mortalità per broncopolmonite nella sala di crescita, necessita prendere un rimedio.

Il prof. Bentivoglio conviene col prof. Pontano che si tratta effettivamente di vaccinazioni contro le complicazioni influenzali, tanto è vero che anche i vaccinati ebbero l'influenza durante le epidemie verificatesi, ma ad essa non fece seguito alcuna complicazione nella grande maggioranza dei casi.

Studio biologico di un micobatterio tubercolare umano avirulento (T. P.)

Prof. V. Puntoni e Dott. M. Sabatucci. — Gli OO. comunicano di aver studiato l'azione biologica nella cavia di uno stipite di b. tubercolare umano divenuto spontaneamente avirulento, e designato come T. P. (tubercolare Puntoni). Già l'inoculazione sottocutanea, che quella endoperitoneale di dosi anche elevate di questo

stipite (5-10 mmgr.) produce solo delle alterazioni localizzate, senza alcuna tendenza all'evoluzione, nè alla diffusione per via linfatica, anzi con costante esito di guarigione. Degno di particolare nota è il fatto che l'inoculazione endoperitoneale del T. P. determina la formazione di una serie di ascessi ben deliminati nell'epiploon, che si dispongono a coroncina sotto lo stomaco e che possono perdurare oltre un anno.

Tentativi di vaccinazione hanno avuto esito incerto. Pare che le cavie trattate endoperitonealmente con T. P. possano mostrare una certa premunizione verso b. b. tubercolari virulenti, soltanto se questi sono inoculati in dosi assai deboli.

Studio istologico delle reazioni provocate da un micobatterio tubercolare avirulento (T. P.)

Dott. G. LUZZATTO-FEGIZ. — L'O. riferisce che le reazioni locali determinate dal b. tubercolare studiato da Puntoni e Sabatucci (T. P.), consistono da prima prevalentemente in formazioni ascessuali formate da leucociti polinucleati più o meno alterati e necrotici, misti a bb. acidoresistenti. Poi compaiono cellule epitelioidi e cellule giganti, ma non si ha la formazione di tubercoli, nè di focolai tubercolari tipici. La successiva evoluzione consiste in un rincapsulamento fibroso degli ascessi che volgono infine a guarigione con esito in cicatrice, sia che si formino sotto la cute o nella cavità peritoneale (epiploon). Le ghiandole linfatiche tributarie delle regioni inoculate possono mostrare, nel primo mese dopo l'inoculazione, un certo grado di iperplasia, ma senza alcun carattere di specificità, e sempre temporaneo.

L'indirizzo terapeutico dell'ulcera digiunale post operatoria.

Dott. P. VALDONI. — Sulla base dell'esperienza fatta nella Clinica Chirurgica in 14 casi di ulcera peptica post-operatoria, l'O. riferisce che l'intervento curativo di elezione è la resezione gastro-duodenale ampia, con resezione digiunale. Dei vari tipi di anastomosi quella ad Y presenta la massima percentuale di recidive. L'anastomosi gastro-digiunale termino-laterale è pure seguita da recidive, ma più raramente.

I risultati migliori furono ottenuti col metodo Billroth I, modificato anastomizzando il moncone gastrico con la II porzione duodenale, dopo mobilizzazione. Con tal metodo oltre che avvicinarsi a condizioni di canalizzazione pressochè normali, si ottiene che la neostomia venga a corrispondere per gran tratto alla porzione infrapapillare del duodeno, disposizione questa favorevole per l'alcalinizzazione immediata del succo gastrico a livello della stomia.

Ricerche sull'etiologia di polmoniti da irritazione del peritoneo da cause varie (chimiche e meccaniche).

Dott. V. GHIRON e Dott. S. SCANDURRA. — Il dott. V. Ghiron comunica che per delucidare il meccanismo delle polmoniti che seguono ad operazioni interessanti il peritoneo, hanno praticato esperimenti sui cani sottoponendo il loro peritoneo a stimoli meccanici, consistenti sopratutto nello schiacciamento del ganglio celiaco e contusioni dei meso, ed a stimoli chimici. Hanno così ottenuto delle broncopolmoniti, ed anche lesioni epatiche quando furono usati stimoli chimici.

Con ricerche sul ritmo respiratorio e cardiaco, hanno inoltre stabilito che la tecnica sperimentale adoperata non determina alterazioni del ritmo respiratorio, mentre le determina sul ritmo cardiaco. Perciò gli OO. concludono che gli effetti sull'apparecchio respiratorio debbono verificarsi indirettamente per l'intermezzo di perturbazione dell'attività cardiaca.

L'umor acqueo di seconda formazione come mezzo per la coltura dei tessuti in vitro.

Dott. B. STRAMPELLI. — L'O. dopo aver parlato della difficoltà che talora si incontra a preparare il plasma per la coltura dei tessuti in vitro, e dei risultati per lo più poco buoni che si ottengono adoperando tutti i surrogati sinora proposti, riferisce di aver condotto ricerche per utilizzare, a scopo di coltura dei tessuti, l'umor acqueo. Ma mentre l'umor acqueo direttamente prelevato dalla camera anteriore dell'occhio non si presta, a causa della sua incoagulabilità, egli ha potuto stabilire che ottimamente corrisponde l'umor acqueo di seconda formazione, prelevato dopo 15-20 minuti da un primo svuotamento della camera anteriore, essendo coagulabile.

L'O. dimostra, con la proiezione di microfotografie, lo sviluppo di alcuni tessuti e la rigogliosa migrazione di elementi cellulari nel terreno.

Ormone ipofisario e diagnosi biologica di gravidanza.

Dott. G. ADDESSI. — L'O. premesse alcune nozioni storiche sulla difficoltà della diagnosi biologica della gravidanza nei primi tempi, riferisce di avere eseguito una lunga serie di osservazioni per studiare il valore del nuovo metodo di Aschheim e Zondek, consistente nel rilevare la presenza dell'ormone ipofisario nell'urina delle gravide, mediante inoculazioni di essa in topine impuberi, e nel rilevare, se avviene, l'iperemia dell'ovaio con presenza di emorragie endofollicolari, e particolari fenomeni nell'ambito della formazione del corpo luteo.

Sperimentando su 60 donne gravide, 8 gravidanze extrauterine, 16 puerpere e 24 controlli, l'O. riferisce di aver ottenuto risultati molto soddisfacenti, tanto da fargli concludere che ormai il problema della diagnosi biologica precoce di gravidanza può dirsi risolto con tal metodo.

Il Segretario: V. PUNTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il virus della sclerosi a placche.

Rivoire (*Presse Méd.*, n. 56, 1930) ricorda le ricerche di miss Chevassut e dei suoi collaboratori sull'etiologia della sclerosi a placche e i risultati estremamente interessanti a cui sono giunti.

Attraverso una lunga serie d'infruttuose ricerche è finalmente riuscito a questi AA. di osservare delle singolari modificazioni del pH nelle culture di liquido cefalo-rachideo di sclerotici a placche in liquido di Hartley, più siero umano.

Ricorrendo allora a culture solide, ottenute con speciali accorgimenti di tecnica, miss Chevassut è riuscita a osservare esattamente, all'ultramicroscopio, la presenza di piccoli gruppi o colonie di corpi sferici, alcuni dei quali sembrano aderire a piccoli granuli rifrangenti: possono esserci anche parecchi granuli in una stessa sfera. Se la coltura è un po' vecchia si vedono, tra le colonie, dei granuli isolati, liberi: talora un filamento unisce un granulo a una sfera.

Questo virus, che miss Chevassut ha chiamato *Spherula anularis*, è molto vicino morfologicamente a quello della peri-pneumonite bovina; sarebbe però assai più piccolo di questo.

Ulteriori ricerche hanno dimostrato che queste colonie hanno la capacità di moltiplicarsi, sono sensibili alle modificazioni della temperatura e alle oscillazioni del pH dell'ambiente, e fermentano gli zuccheri.

Questo virus sarebbe altamente specifico: gli AA. l'avrebbero ritrovato in 179 casi su 188 osservati. L'inoculazione nelle scimmie non ha dato risultati convincenti e nei conigli non è stato possibile mettere in evidenza la presenza di anticorpi.

Sono stati fatti degli autovaccini: anche questi non hanno dato risultati costanti; ma in linea generale essi si sono mostrati tanto migliori quanto più precoce è stato l'intervento.

A questo punto stanno attualmente le ricerche di miss Chevassut e dei suoi collaboratori.

Il Rovier, pur elogiando altamente la loro difficile e tenace opera, osserva però che è ancora troppo presto per dare un giudizio definitivo, e che l'esperienza di numerosi scacchi subìti in passato insegna ad accettare con prudenza tali risultati, pur attendendo con interesse e simpatia il loro ulteriore sviluppo.

V. SERRA.

Sul comportamento della "Brucella melitensis„ e della "Br. abortus„ di fronte ad alcuni colori di anilina.

S. Saitta (*Gior. Batt. e Imm.*, n. 4, 1929) ha saggiato con accurate ricerche la sensibilità dello *Br. melitensis* e della *Br. abortus* di fronte ad alcuni colori di anilina (violetto di genziana, fucsina basica, verde malachite) aggiunti in determinate proporzioni all'agar.

L'A. ha potuto notare una differenza di sensibilità in quanto che, in genere, lo sviluppo della *Br. melitensis* è ostacolato in confronto dello sviluppo della *Br. abortus*.

Tale differente sensibilità però, se pure vale a dimostrare ancora una volta che le due Brucelle non possono essere considerate come un unico germe, non può essere utilizzato a scopo diagnostico differenziale. A. P.

CASISTICA.

Osteoperiostite sifilitica gommosa tardiva in soggetto con lue congenita ignorata.

Una ragazza di 18 anni, ad anamnesi familiare e personale immune da lue, presenta da qualche mese sulla superficie laterale sinistra del naso una tumefazione di colorito cianotico, della grossezza di un uovo di piccione, a margini ben limitati. Alla palpazione detta lesione è fluttuante e poco dolente. Alla rinoscopia si osservano al disopra del turbinato medio, tumido e voluminoso, delle granulazioni pallide, occupanti tutta la parte superiore e posteriore della fossa nasale sinistra.

La radioscopia del torace mostra un reperto normale; la radiografia laterale delle ossa del naso fa notare una forte rarefazione dell'osso proprio del naso con dei piccoli sequestri sparsi su tutto l'àmbito della lesione. Positiva la cutireazione alla Pirquet. La reazione di Wassermann risulta fortemente positiva con quattro antigeni, tanto col siero di sangue della paziente che con quello della madre. Una intensa cura arsenobenzolica provoca in pochi giorni l'apertura spontanea della tumefazione con eliminazione di alcuni frammenti ossei misti a pus e guarisce in due mesi la lesione residuando una cicatrice raggiata e infossata sul piano della cute sottostante. Riveduta la paziente dopo sei mesi e praticata nuovamente la Wassermann, questa risultò parzialmente positiva.

L'importanza di questo caso pubblicato da G. Lucchese (*Il Valsalva*, 1930, n. 1) risiede nel fatto che pur non presentando la paziente nessun carattere di sifilide congenita e non avendo avuto nè lei, nè la sua famiglia alcuni indizii di detta malattia, la lesione era incontestabilmente di natura luetica, sia per le caratteristiche lesioni ossee che per il criterio *ex-juvantibus*.

Il fatto di non aver mai avuto la madre della paziente alcuna manifestazione sifilitica, pur essendo una eredo-luetica (la nonna, con una polimortalità di bambini, potrebbe far sospettare che fosse un soggetto luetico) induce l'A. a pensare che in tali casi, localizzatasi l'infezione a livello dei genitali, ad ogni espulsione di feti malati e ad ogni mestruazione si ha

come una serie di ripetute vaccinazioni che immunizzano tali soggetti pur avendosi una Wassermann positiva. L'A. spiega infine l'assenza di ogni traccia d'infezione luetica nei fratelli della paziente, sia con l'escludere l'esistenza di una legge generale per cui ogni figlio di luetico debba essere affetto da sifilide congenita, sia con l'ammettere il fenomeno della attenuazione naturale dovuta al tempo ed alla sua influenza sulla trasmissione ereditaria della lue.

V. A.

Su le così dette cisti ossee.

Luigi Baccarini (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XXIV, fasc. 4) illustra 2 casi di cisti ossee cadute sotto la sua osservazione nella Clinica chirurgica pediatrica diretta dal prof. G. Gatti.

In un caso si trattava di una cisti ossea del III sup. dell'omero sin. in un bambino di dieci anni, lesione che poteva farsi risalire ad un violento trauma subito nella stessa regione due anni prima. La reazione di Wassermann nel paz. era positiva.

Nell'altro caso trattavasi di una cisti ossea a carico del III sup. del radio sin. senza traumi precedenti nella regione, in una paz. di cinque anni. Esisteva lues nella anamnesi materna, positiva la Wassermann nella piccola paziente.

Trattamento eseguito: apertura della cavità della cisti, svuotamento del contenuto, scucchiaiamento delle pareti, drenaggio. Guarigione per seconda. Le culture fatte su diversi terreni aerobi, col contenuto della cisti, negative.

L'A. fa notare la presenza di lues nei precedenti di questi due pazienti, per quanto possa esser utile questo dato dal punto di vista della questione etiopatogenetica.

G. D'AMICO.

Studio critico dell'artropatia di Charcot.

N. J. Wile ed M. G. Butler (*Journ. A. M. A.*, n. 14, 5 aprile 1930) ne hanno studiati 88 casi, pervenendo alle seguenti conclusioni:

L'età più frequente di questa manifestazione morbosa è tra 35 e 55 anni.

L'inizio è per lo più graduale e subdolo, e si protrae per mesi ed anni.

Se talora sembra che l'inizio sia stato improvviso, si tratta per lo più di un trauma, il quale ha messo in evidenza un processo preesistente.

L'artropatia di Charcot è poi 3 volte più frequente negli uomini che nelle donne, paragonando la frequenza della tabe nei 2 sessi.

Si tratta in genere di affezione poliarticolare, non essendo risparmiata articolazione alcuna del corpo, predomina tuttavia al ginocchio e all'anca. Nella maggioranza dei casi, inoltre, coesistono sintomi di lues cerebro-spinale; l'assenza di questi, comunque, nei casi tipici, dimostra che questa non è il fattore etiologico essenziale. Se sono presenti, si tratta per lo più di fenomeni tabetici.

La sindrome tipica, nella maggioranza dei casi, sembra essere una sifilide cerebrospinale inattiva o arrestata, essendo in genere presenti pochi sintomi riferibili alla sifilide.

Il fattore etiologico definitivo sembrerebbe essere la perdita delle vie nervose afferenti all'articolazione, la quale viene in tal modo resa inabile a difendersi dai traumi.

M. FABERI.

TERAPIA.

Le iniezioni di zucchero nel diabete e nel coma diabetico.

Prima della scoperta dell'insulina, si usavano le iniezioni endovenose di zucchero nel coma diabetico; tale pratica venne continuata anche dopo la scoperta dell'insulina, sia per una certa azione anticetonica dello zucchero, sia per evitare la crisi di ipoglicemia.

St. Lorant e E. Froehlich (*Klin. Wochens.*, 1° febbr. 1930) obbiettano però che, nel coma diabetico, l'ipoglicemia non costituisce un pericolo, in quanto che l'obbiettivo della terapia si è appunto di abbassare lo zucchero nel sangue, mentre l'azione anticetonica dello zucchero, se è bene stabilita per l'organismo diabetico, non è ben certa durante il coma, quando cioè il funzionamento delle isole di Langerhans è del tutto arrestato.

Per studiare la questione, gli AA. hanno somministrato ad un diabetico comatoso 8 grammi di destrosio sciolti in 20 cmc. di acqua, dosando poi i corpi cetonici nel sangue nelle due ore successive. Si è così veduto che, un'ora dopo l'iniezione, i corpi cetonici del sangue si elevano al 40 % al disopra del loro valore iniziale. La stessa osservazione è stata fatta in un caso di precoma. Un'iniezione di insulina, praticata contemporaneamente a quella di zucchero, non modifica il risultato; i corpi cetonici aumentano ugualmente.

Nel diabete non accompagnato da coma, si è osservato ugualmente che l'iniezione endovenosa di zucchero aumenta la quantità dei corpi cetonici nelle prime due ore, dopo di che la cifra ritorna a quella iniziale.

fil.

L'insulina nel trattamento dei bambini ipotrofici.

G. Careddu e L. Giua (*Riv. di Clin. Ped.*, XXVIII, n. 6, giugno 1930) portano un altro contributo al trattamento di bambini ipotrofici per mezzo dell'insulina. Vi hanno infatti sottoposto 14 soggetti, dell'età da 2 a 27 mesi, notevolmente deperiti a causa di disturbi nutritivi protratti, sorvegliando in tutti l'andamento della curva glicemica.

Hanno in tal modo potuto constatare la buona tolleranza del trattamento, il quale ha provocato un aumento regolare del peso corporeo, accompagnato dalla ripresa del benessere generale.

Anche delle manifestazioni cutanee a tipo essudativo se ne sono notevolmente avvantaggiate.

Gli AA. hanno avuto campo di osservare anche degli altri dati importanti. Il comportamento della glicemia, ad esempio, presenta nell'ipotrofico, dopo l'ingestione di zucchero, un lieve ritardo nel ritorno ai valori a digiuno.

L'ipotrofico, inoltre, si porta abbastanza bene, in seguito a iniezione di insulina, con abbassamenti del tasso glicemico attorno a 0.4 per mille, al disotto del quale limite comincia a presentare disturbi ipoglicemici.

La cura insulinica, infine, sembrerebbe capace di aumentare la tolleranza intestinale verso gli idrati di carbonio anche nei soggetti in cui risultava diminuita. M. FABERI.

L'ergotamina nel morbo di Basedow.

Da parte di diversi autori, si è tentato l'uso dell'ergotamina nel morbo di Basedow, ma con risultati contraddittori, perchè, secondo R. Platt (*Klinische Wochens.*, 8 febbr. 1930), non si è tenuto conto sufficiente del riposo e delle influenze psichiche. L'A. ha trattato 3 donne con Basedow, nella prima settimana, con riposo in letto ed iniezioni quotidiane di acqua sterile. In seguito, ha sostituito l'acqua con l'ergotamina alla dose di 1/4 di mg., 2 volte al giorno (2 iniezioni al giorno). Sotto questa medicazione, il polso è diminuito di frequenza in modo transitorio, ma il metabolismo basale non è stato modificato.

In una ragazza di 16 anni, in cui le dosi abituali di ergotamina non avevano dato alcun effetto, si iniettarono 3/4 di mg. due volte al giorno; si ebbe allora la comparsa di spasmi ai vasi delle estremità inferiori, con sensazione di freddo e da gamba morta, cianosi, ecc. La somministrazione di scopolamina portò rapido miglioramento. *fil.*

Contributo alla morfologia dello struma basedovico trattato con lo iodio, con speciale riguardo al problema sul rapporto tra effetto anatomico e clinico della cura iodica.

Il lavoro di A. Troëll (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 155, fasc. 4, pag. 614, 1929) si basa sull'osservazione di 147 casi di gozzo basedovico trattati con la strumectomia dopo una cura iodica. La somministrazione dello iodio deve essere tanto più protratta (10 gocce 3 volte al giorno della soluzione iodio 1, ioduro 2, acqua 20) quanto maggiore è la tossicità del caso. L'osservazione istologica dei gozzi asportati dimostra che questi avevano un aspetto identico al gozzo colloide banale in 24 casi, o in modo preponderante (55 casi). In 37 casi in modo preponderante e in 31 in modo assoluto, il quadro istologico era quello del tipico struma basedovico diffuso. Queste modificazioni dipendono, sec. l'A., dallo iodio somministrato. Il termine di paragone del miglioramento clinico con la cura preoperatoria di iodio era rappresentato dall'aumento in peso. Questo aumento era massimo nei pazienti che dimostrarono le maggiori modificazioni anatomiche della tiroide, minimo nei casi di scarso o mancato risentimento strutturale. Questi stessi casi dimostrarono l'aumento maggiore del ricambio basale (media + 54 %) e la necessità di prolungare la cura iodica fino al 12°-13° giorno.

VALDONI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica su alimenti e bevande.

Coloniali, droghe, bibite, suppellettili; colori nocivi.

Caffè. — Il regolamento 3 agosto 1890 (art. 155 a 157) proibisce di vendere come caffè sostanze in grani od in polvere non costituite esclusivamente dal prodotto della pianta del caffè (*Coffea arabica*), e di vendere: caffè crudo in grani colorato con sostanze nocive; caffè torrefatto o macinato avariato o misto con polvere di caffè esaurito o con polveri estranee.

I *succedanei del caffè*, così largamente diffusi in commercio, e le miscele di succedanei con caffè, non devono contenere sostanze nocive e devono portare l'indicazione della natura degli ingredienti usati per la loro preparazione; prescrizione quest'ultima che non sempre viene rispettata dai fabbricanti. I surrogati non debbono avere la forma dei semi di caffè.

Oltre queste disposizioni fondamentali, interessa conoscere il R. decreto-legge 15 ottobre 1925, n. 1929 (convertito nella legge 18 marzo 1926, n. 562) ed il relativo regolamento 19 decembre 1926, n. 2415, contenenti *provvedimenti per combattere le frodi nella torrefazione del caffè.* Essi mirano ad impedire l'aggiunta al caffè torrefatto di sostanze estranee, o di acqua, fatta collo scopo di dare al caffè di qualità inferiore l'apparenza di quello di qualità superiore, o di aumentarne il peso. La legge infatti vieta, nella torrefazione e nelle operazioni successive, l'uso di qualsiasi materia estranea, ad eccezione di quelle sostanze che rispondano a riconosciute esigenze tecniche e commerciali e che verranno autorizzate con decreto ministeriale; e proibisce l'aggiunta d'acqua al caffè torrefatto, prescrivendo che la percentuale di umidità del caffè posto in vendita non può essere superiore al 5 %. Forti penalità colpiscono la violazione di tali disposizioni e l'importazione di caffè trattato con procedimenti proibiti dalla legge. Gli esercenti che intendono far uso delle sostanze, delle quali è autorizzato l'impiego nella torrefazione del caffè, debbono farne preventiva denuncia al Prefetto, colle modalità indicate nel regolamento. Il caffè così trattato deve essere spedito e posto in vendita coll'indicazione: *caffè lavorato con* (denominazione della sostanza) *nella proporzione del* (indicazione della percentuale). Quando venga somministrato in bevanda caffè preparato con *caffè lavorato* ne deve esser dato avviso ai clienti nel locale di consumo. Per gli esami analitici del caffè tor-

refatto i campioni, di almeno gr. 200, da prelevarsi colla consueta procedura, devono raccogliersi in recipienti di vetro ben asciutti e ben chiusi.

L'unica sostanza di cui finora è stato concesso l'uso nella torrefazione del caffè è l'olio di vaselina avente i requisiti prescritti dalla Farmacopea ufficiale ed aggiunto in misura tale che il caffè non ne contenga più del 0,5 % in peso (Decreto ministeriale 19 febbraio 1927). Tale aggiunta, oltre rendere il chicco del caffè più lucido e brillante, ne conserverebbe l'aroma e lo preserverebbe dall'umidità esterna, ma può anche prestarsi a mantenervi un'umidità eccessiva e quindi ad aumentarne il peso. Spetta perciò all'autorità sanitaria vigilare che il caffè torrefatto non contenga una quantità di olio di vaselina maggiore di quella permessa, o tanto meno altre sostanze non autorizzate, e che la sua umidità non superi la percentuale tollerata dalla legge.

Thè. — È proibita la vendita di thè (foglie di *Thea chinensis*) colorato artificialmente, sofisticato con foglie estranee o con materie minerali, parzialmente esaurito o avariato.

Cioccolato. — È proibita la vendita del cioccolato (polvere di semi di *Theobroma cacao* e zucchero) sofisticato con calce, ocra o con altri materiali vegetali o minerali indigeribili o nocivi.

Droghe e spezie. — È vietata la vendita di droghe e spezie la cui qualità non corrisponda al nome sotto cui sono vendute o che siano avariate, esaurite od in qualunque modo alterate o falsificate. Ricordiamo che una delle droghe più comunemente falsificate è il pepe.

Acque gazose e limonate. — Chi vuole attivare una fabbrica di acque gazose deve dare all'autorità comunale la dimostrazione della potabilità dell'acqua che intende adoperare e indicare il metodo di fabbricazione. È proibita la vendita di acque gazose preparate con acque insalubri, o contenenti acidi minerali, rame, piombo e materie edulcoranti diverse dallo zucchero. Le stesse disposizioni si applicano ai gelati, limonate, ecc. A proposito di questi crediamo che se l'ufficiale sanitario spingerà spesso il suo occhio indagatore nel retrobottega o dietro il bancone, dove, d'estate, si preparano in grande quantità le bibite ed i gelati destinati a rinfrescare la gola dei cittadini, potrà, non di rado, scoprire gravi offese all'igiene; alle quali offese non è escluso si debba attribuire, almeno in parte, l'aumento di alcune malattie delle vie digerenti durante la stagione calda.

Per il *ghiaccio* il regolamento 3 febbraio 1901 prescrive che quello messo in vendita *per uso alimentare*, sia naturale che artificiale, non debba provenire da acqua impura o soggetta ad inquinamenti. Ghiaccio di altra provenienza deve esser venduto con l'indicazione: *per uso industriale.* Per quanto ora quasi dovunque si venda il ghiaccio fabbricato artificialmente, pure gli ufficiali sanitari non devono mancare di assicurarsi che l'acqua usata nelle fabbriche sia veramente potabile e sia difesa da inquinamenti durante le diverse manipolazioni, e di sorvegliare l'eventuale commercio di ghiaccio naturale.

Suppellettili da cucina ed involucri delle sostanze alimentari. — L'art. 125 del regolamento 3 febbraio 1901, modificato dal R. decreto 23 giugno 1904, n. 369, vieta la vendita di suppellettili da cucina o da tavola, o di altri oggetti destinati a porsi in contatto diretto con sostanze alimentari o bevande, che siano:

a) fatti di piombo o zinco o con leghe contenenti più del 10 % di piombo, ad eccezione dei tubi per l'acqua potabile;

b) stagnati internamente con stagno contenente piombo al di sopra dell'1 % (tale limite vale anche per i fogli di stagnola);

c) rivestiti internamente di uno strato vetrificato o smaltato che messo a contatto per 24 ore con una soluzione dell'1 % di acido acetico alla temperatura ordinaria, ceda piombo al liquido;

d) fatti di rame ed ottone e non rivestiti internamente di stagnatura integra, o saldati con lega di stagno e piombo contenente di quest'ultimo più del 10 %.

Gli oggetti suddetti non possono contenere più di un centigrammo per cento di arsenico. I giocattoli, poppatoi, tiralatte, ecc. fatti di gomma, non devono contenere piombo, zinco, antimonio, arsenico od altri metalli nocivi.

L'art. 126 fa divieto di avvolgere i prodotti alimentari con carta usata, stampata o preparata con gesso, allume, barite, od altre sostanze che si prestino a frode nel peso, ovvero colorata con sostanze nocive, o che ceda facilmente il colore.

Impiego delle materie coloranti nelle sostanze alimentari e negli oggetti d'uso personale e domestico. — A norma dell'art. 115 del T. U. delle leggi sanitarie, spetta al Ministero dell'interno compilare l'*elenco dei colori nocivi*, che non possono essere impiegati nella preparazione delle sostanze alimentari o bevande, o nella colorazione delle stoffe, tappezzerie, giocattoli, carte da involgere alimenti ed altri oggetti di uso personale e domestico. Tale materia, già in parte disciplinata dal regolamento generale sanitario e da quello speciale del 1890 (art. 166: profumerie, cosmetici, dentifrici), è stata fatta ripetutamente oggetto di appositi decreti intesi a mantenere aggiornato, di fronte ai progressi dell'industria, l'elenco dei colori nocivi. L'ultimo di tali decreti (R. decreto 30 ottobre 1924, n. 19[illegible] riordina e completa le precedenti disposizioni. Esso infatti elenca i coloranti organici, naturali e artificiali, dei quali è permesso l'impiego, dichiarando nocivi (e perciò vietati) tutti gli altri, come pure quelli contenenti arsenico, antimonio, bario, cromo, mercurio, piombo, rame, stagno, zinco, uranio e derivati del cianogeno. Le sostanze permesse per

la colorazione degli alimenti e bevande, devono esser vendute in involucri portanti la indicazione della ditta fabbricante o venditrice, e quella dei coloranti, o dei componenti le loro miscele, specificati secondo la denominazione usata nel decreto ovvero col nome scientifico.

Nella *colorazione dei giocattoli* è vietato l'uso dei colori proibiti per le sostanze alimentari, fatta eccezione per alcuni che sono insolubili, o che vengano applicati come vernice aderente ed insolubile, od incorporati nella massa per gli oggetti di gomma. Nella colorazione di stoffe, parati, mobili ed altri *oggetti domestici* sono proibiti i colori arsenicali. Per i *dentifrici*, e i preparati destinati all'igiene buccale, valgono gli stessi criteri che per la colorazione degli alimenti e bevande. Speciali norme riguardano i *saponi, i cosmetici e le tinture;* questi due ultimi prodotti devono portare l'indicazione della ditta fabbricante o venditrice e, se contengono sostanze velenose, anche la dichiarazione esatta del loro contenuto, oltre ad una striscia gialla con le parole: *può esser nocivo*, stampate in modo chiaro, con caratteri alti almeno 4 mm.

Ora che la moda impone al sesso gentile un largo uso di cosmetici, non solo nelle città, ma anche nei più remoti borghi, non sarà inopportuno che gli ufficiali sanitari tengano presente le disposizioni di legge riguardanti questi prodotti per la bellezza, i quali sembrano diventati di prima necessità non meno degli alimenti e del vestiario.

A. Franchetti.

VARIA.

Gli odori in Omero.

R. Dondi (*Nuova medicina italica*, 31 giugno 1930) ricorda l'antico studio di M. L. Patrizi, in cui questo autore, ricercando la frequenza con cui ricorrono nei poemi omerici le varie immagini sensoriali, trovò predominanza di quelle visuali, per cui ne concluse non esservi poeta più veggente e più visuale di Omero. Nei poemi omerici, invece, ricorrono raramente le immagini olfattive. Il suo olfatto registra appena gli odori naturali, come l'odore pingue ed il fumo odoroso dell'ecatombe, l'odore della terra, delle vivande, dell'olio di oliva, ma non parla nè di incenso, nè di nardo, nè di aromi. Gli aggettivi sinonimi e relativi all'olfatto, ora esprimono il compiacimento e la dilettazione dell'odorare (ἐνώδης = suaveolens), ora equivalgono a « profumato » (τεθυμένος), a paradisiaco (ἀμβρόσιος), ora esprimono l'odore empireumatico acuto derivante dalla sublimazione di aromi in forza del calore (θυώδης = vaporante). Ai tempi di Omero era sconosciuta la distillazione e gli olii essenziali si ottenevano per pressione od incisione, erano pochissimi e provenivano, per lo più, dall'Oriente. Gli ambienti e così pure le vesti si profumavano per imbibizione col fumo di resine combuste e di legni odoriferi bruciati. Gli unguenti, che furono tanto usati e complicati in seguito, si riducevano allora ad olio profumato, ossia carico di olii essenziali provenienti da fiori, erbe o resine in soluzione.

***

In Omero, tutto è natura e semplicità di senso; l'*odoroso seno* di Andromaca è un seno odoroso di odore naturale, spirante il grato odore della salute, ben diverso dal seno della nutrice che poteva avere l'odore grasso del latte, tutt'altro che poetico e sensuale. Non è un seno profumato, come sarebbe stato quello di una donna di epoca posteriore, come ne troviamo, per esempio, un accenno in questa strofa di Alceo: « Ma alcuno, intrecciate corone di aneto, ne cinga il collo e giù versi grato olio odorifero sul petto a noi ».

Nè si può supporre che Andromaca si profumasse il seno a fine di lussuria, tanto più che l'aggettivo κηώδης riferito a seno si trova una sola volta, mentre compare negli Inni riferito a terra, nel senso cioè di fragrante, di odoroso, anzichè di « profumato ».

Nel lusso libidinoso delle epoche posteriori, l'abuso degli unguenti fu invece di moda e vari ne furono usati, quali l'opobalsamum, il il foliatum, la mirra, l'olio di cedro e soprattutto famoso il nardo, dall'odore forte e tenace. Ci si profumava a fine di lussuria, come appare dai versi di Simonide, là dove una donna dice: « spalmati di unguenti profumati e diventerai, per forza, piacevole ». E, al pari del senso voluttuoso, l'idea mistica si circonfonde e si raffina negli odori dell'incenso e del belzuino, sicchè i profumi ebbero ed hanno gran parte nel culto della Divinità, nel culto delle tombe, come appare da antiche iscrizioni sepolcrali (« Negli unguenti, o figliuolo, l'anima tua »), dai « Sepolcri » del Foscolo, ecc., per quel certo valore simbolico e mistico che si attribuisce agli odori, come ai suoni ed alle luci.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. M., abb. n. 8322-1:

Il limite di età per gli ex-combattenti, agli effetti dell'ammissione ai concorsi, è elevato di anni 5.

S.

Al dott. A. M.:

Confronti: Leone. *L'elioterapia e le sue applicazioni cliniche*. Palermo, Scuola tipografica del boccone del povero, 1925.

La materia è più largamente trattata, anche per quanto riguarda la fototerapia artificiale, nel *Compendio italiano di terapia fisica*. Como, Cavallari, ed. L. 100.

Il manualetto del Leone è però sufficiente.

E. Milani.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI CORPORATIVI.

I compensi ai Sanitari.

Il Ministro delle Corporazioni con nota del 9 febbraio 1930-VIII, ha diretto all'On. Confederazione Nazionale Sindacati Professionisti ed Artisti, la seguente circolare:

Il Sindacato Provinciale dei Medici di Arezzo, ha posto il quesito se le tariffe dei compensi per le prestazioni professionali dei sanitari stabilite dai Sindacati siano soggette alla approvazione delle rispettive Prefetture.

Al riguardo si osserva che l'approvazione prefettizia è richiesta soltanto per le tariffe dei compensi dovuti ai medici condotti per le prestazioni professionali di detti sanitari in favore delle persone non iscritte nell'elenco dei poveri.

Tale approvazione, infatti, fu prescritta dall'articolo 4 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, sulla riforma degli ordinamenti sanitari che, nel sancire l'obbligo, per i medici condotti, di prestare, se richiesti, la loro opera anche ai non aventi diritto all'assistenza gratuita, stabilì altresì, che tale opera dovesse essere compensata in base a speciali tariffe, da stabilirsi dai Consigli amministrativi degli Ordini dei Medici e da approvarsi dal Prefetto.

Alla competenza dell'Ordine è subentrata quella dei Sindacati in seguito all'entrata in vigore della legge sulla disciplina giuridica dei rapporti collettivi di lavoro e del testo unico di coordinamento di tale legge con quella sugli ordini delle professioni sanitarie; ma, poichè nessuna incompatibilità sussiste tra le norme di dette leggi e quella dell'art. 4 del citato R. D. del 1923, che sottopone all'approvazione prefettizia queste speciali tariffe, ne risulta che, per questa parte, l'art. 4 è sempre pienamente in vigore. In conclusione, quindi, le tariffe dei liberi esercenti non sono soggette alla approvazione del Prefetto; lo sono invece, quelle delle prestazioni dei medici condotti nell'esercizio della professione libera.

Nei riguardi di detti sanitari, invero, anche la esplicazione dell'attività professionale, in confronto delle persone non inscritte nell'elenco dei poveri, rappresenta un dovere di ufficio, connesso all'obbligo spettante al Comune, ai sensi dell'art. 24 del Testo Unico delle leggi sanitarie, di assicurare il servizio locale di assistenza sanitaria. L'intervento del Prefetto, quindi, nell'approvazione della tariffa è in diretta dipendenza della qualità, che detti medici rivestono, di pubblici impiegati, e che si riflette anche nella esplicazione della anzidetta attività professionale.

Con l'occasione s'avverte che il Ministero dell'Interno ha segnalato a questo delle Corporazioni un inconveniente che si è verificato in qualche provincia, dove il Sindacato dei Medici, nel formare le tariffe in parola, ha ritenuto di stabilire anche i compensi per le operazioni chirurgiche eseguite a pagamento nei pubblici ospedali, indicando persino le percentuali spettanti, rispettivamente, ai chirurghi operatori, agli assistenti e agli enti ospedalieri.

Qualche altro Sindacato ha ritenuto inoltre di comprendere nelle tariffe anche i compensi dovuti dagli abbienti per prestazioni da essi ricevute, negli ambulatori annessi agli ospedali.

Al riguardo il predetto Ministero osserva che la corresponsione del compenso da parte delle persone ammesse alla cura ospedaliera a pagamento rappresenta un rapporto che si svolge direttamente tra l'ammalato e l'ospedale, mentre che la corresponsione di quella percentuale del compenso che l'ospedale suole effettuare in favore del medico che abbia eseguito la cura e la operazione chirurgica dell'abbiente, costituisce un rapporto di impiego tra amministrazione e sanitario.

Sotto l'uno e l'altro riflesso, le tariffe sindacali non possono in alcun modo vincolare l'ente autarchico che vi sarebbe interessato e, pertanto, anche dal lato pratico, è opportuno che i Sindacati limitino il loro intervento alla fissazione dei compensi dell'attività professionale autonoma.

Questo Ministero conviene nelle osservazioni di quello dell'Interno, le quali sono fondate sul principio che le Associazioni sindacali dei professionisti rappresentano gli appartenenti alla categoria in quanto esercenti una libera professione e non in quanto impiegati presso le Opere Pie, le quali, come è noto, non sono soggette alle disposizioni della legge sindacale.

Si prega codesta On. Confederazione di impartire opportune disposizioni al Sindacato Nazionale dei Medici dandone assicurazione, con cortese sollecitudine, a questo Ministero.

Il Ministro: BOTTAI.

MEDICINA SOCIALE.

Provvidenze a favore dei militari riformati per tubercolosi.

Il Ministero della Guerra, in seguito ad accordi intervenuti con la Direzione generale della Sanità pubblica, allo scopo di provvedere alle necessarie misure di profilassi ed eventualmente di assistenza sanitaria per gli iscritti di leva e i militari riformati per tubercolosi, con una recente circolare, con la quale è richiamata la rigorosa applicazione delle disposizioni contenute in altre circolari del 1916 e del 1917, ordina quanto segue:

« Le segnalazioni dovranno essere fatte dalle Direzioni di Ospedali alle Regie Prefetture (ufficio del medico provinciale) nella cui giurisdizione il riformato risiede, e nelle quali saranno comunicati i seguenti dati: 1) cognome e nome e paternità e data di nascita del riformato; 2) suo domicilio abituale in modo da renderne facile la reperibilità; 3) diagnosi precisa della forma tubercolare che ha motivato il provvedimento di riforma; 4) se il soggetto abbia oppure no in corso la assicurazione contro la tubercolosi (per i militari se l'aveva prima di venire alle armi) e in caso affermativo se abbia pagato le dodici mensilità necessarie ad acquistare il diritto all'assistenza della Cassa nazionale assicurazioni sociali.

« Questo Ministero raccomanda la massima accuratezza nel trasmettere le indicazioni di cui sopra, in modo che nessun riformato per tubercolosi sfugga alla segnalazione prescritta, trattandosi di un'opera di cui è ben nota l'alta importanza sociale ».

Con queste disposizioni, la cui importanza non può sfuggire ai lettori, il Ministero della Guerra porta un nuovo validissimo contributo alla strenua lotta contro la tubercolosi ingaggiata dal Regime fascista.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario Consorziale di Ivrea, Bollengo, Borgofranco, Banchette, Cascinette, Chiaverano, Fiorano, Lessolo, Montalto Dora, Pavone, Salerano e Samone. Stipendio iniziale L. 14.000 annue, oltre L. 6000 annue per indenn. trasporto. La residenza per l'eletto a tale posto è fissata in Ivrea. Domande e documenti di rito vanno presentati entro il 30 settembre alla R. Prefettura di Aosta.

CITERNA (*Perugia*). — Scad. 30 sett. (V. N. 30).

CORIO (*Torino*). — Scad. 6 sett.; 2ª cond.; L. 8000, ecc.

FERRARA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posti di Direttore e di Assistente nella Sez. Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Assegno per il Direttore annue L. 16.000 con 5 aumenti quadr. del decimo, oltre a una indenn. di serv. attivo di L. 4000 e eventuali premi di operosità in relazione al lavoro per le indagini di interesse privato. Assegno per l'Assistente annue L. 12.000 con 5 aum. quadr. del decimo, oltre a una indenn. di serv. attivo di L. 2000 e indenn. caro-viveri se dovuta, nonchè eventuali premi operosità in relazione al lavoro per le indagini di interesse privato. Entrambi gli assegni sono al lordo della tassa di ricch. mob., della Imposta Compl., della ritenuta per la Cassa di Prev. pensioni sanitari e dell'I. N. I. E. L. La nomina sarà fatta per un biennio in prova, con obbligo residenza in Ferrara. Scadenza 15 settembre 1930. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

GUBBIO (*Perugia*). — Per titoli. Medico di città (3° Reparto) e medico-chirurgo condotta rurale: *Scritto* (7° reparto). Stipendi annui lordi: per il medico di città L. 8000, per il medico-chirurgo della frazione *Scritto* L. 9000. Per entrambi indennità serv. attivo L. 1800 e caro viveri, se dovuto, con riduzione di legge, fino a conservazione. Età mass. a. 40 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito più vaglia di L. 50,15 intestato all'Economo del Comune di Gubbio, oltre ai certif. di iscrizione all'albo dei Medici e. c., e dipl. di laurea in med. e chir., nonchè certif. di esame di Stato per coloro cui spetta. Per il medico di città è richiesta altresì la prova di avere compiuto *regolare assistentato* per almeno due anni in una Clinica o primario Ospedale. Scadenza 30 settembre. Assunzione servizio entro trenta giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

FOGGIANO (*Potenza*). — Scad. 10 ag. (V. N. 30).

POTENZA PICENA (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto 31 ag.; resid. nel capoluogo; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 1200 con supplenza di un mese, L. 1000-2500 trasp.; riconoscim. serv. anteriori; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 lug.

RESUTTANO (*Caltanissetta*). — Scad. 15 sett. (V. N. 30).

ROCCELLA VALDEMONE (*Messina*). — Al 2 sett. (V. N. 30).

SEGONZANO (*Trento*). — Scad. 31 ag.; L. 9500 e 5 quinquenni, oltre L. 950 uff. san., L. 1800 indenn. via, L. 1400 indenn. alloggio, c.-v.

STORNARA (*Foggia*). — Scad. 20 ag. (V. N. 30).

TERNI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore Sez. Medico-Micrografica ed Assistente Sez. Chimica Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Direttore stipendio L. 14.500, cinque aumenti quinquenn. di L. 1250 ciascuno e servizio attivo L. 2500. Assistente stipendio L. 10.000, cinque aumenti quinquenn. di L. 900 ciascuno e servizio attivo L. 2000. Indennità caro-viveri se dovuta e come per altri dipendenti Provincia. Stipendi e indennità al lordo ritenute di legge. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi Segreteria Provincia.

TORINO. *Brefotrofio Provinc.* — Medico della Sezione di Torino; medico direttore del Laboratorio; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di pediatria; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di ginecologia. (V. N. 30).

VAGLIA (*Firenze*). — Scad. 30 sett. (V. N. 30).

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; proroga al 14 ag.; ore 18.

CONCORSI A PREMI.

La Società Farmochimica Italiana, data l'unanime richiesta da parte dei signori concorrenti, di un periodo di esperimento dell'« Urosal » alquanto più lungo di quello stabilito nel bando di concorso pubblicato il 14 luglio 1930; aderendo di buon grado alla richiesta, la quale nell'altro rivela se non la buona volontà e la serietà degli intendimenti dei signori concorrenti, proroga al 30 ottobre 1930 la data di chiusura del concorso per l'« Urosal ».

Per coloro poi ai quali fosse sfuggita la pubblicazione del bando di concorso, si ripetono qui appresso le condizioni del concorso stesso, le quali rimangono stabilite come appresso:

La Farmochimica Italiana S. A., concessionaria esclusiva dei prodotti delle RR. Terme di Salsomaggiore, indice un concorso tra i medici chirurgi che rivestono la carica di aiuto negli Ospedali e nelle Cliniche in Italia, per la compilazione di un lavoro scientifico, sul tema: « *L'acido urico nell'organismo; cause, effetti, rimedi* ». Il lavoro deve constare di 15-16 pagine di stampa ed essere così diviso: Breve riassunto sullo stato attuale della questione del ricambio, con speciale riguardo all'acido urico; Cause dell'uricemia; Ef-

fetti dell'uricemia; Cura dell'uricemia (con particolare riguardo all'« Urosal » e con breve casistica). I lavori presentati diverranno proprietà della Farmochimica Italiana S. A. A quelli che saranno giudicati migliori, verranno assegnati i seguenti premi: 1°, L. 3000; 2°, L. 1500; 3°, L. 500. Modalità consuete. I lavori (dattilografati in duplice copia) dovranno essere indirizzati alla Farmochimica Italiana S. A., via Parma 22, Roma, entro il 30 ottobre 1930.

La giuria è composta dai proff.: V. Ascoli (Roma), A. Bonanni (Roma), A. Milani (Roma); segretario ne è il dott. G. Baschieri (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono stati chiamati: il prof. Franz Hamburge, di Graz, alla cattedra di Clinica pediatrica dell'Università di Vienna, in sostituzione del compianto prof. von Pirquet; il prof. Johannes Lange, di Monaco, alla cattedra di Clinica psichiatrica di Breslavia; il prof. Viktor Müller-Hess, di Bonn, alla cattedra di medicina legale di Berlino.

È stata conferita la Croce della Legion d'Onore al dott. René Rosenthal, direttore dell'Istituto dentario di Nancy. La consegna è stata fatta con imponente cerimonia, dal decano della Facoltà medica Louis Spillmann.

L'« Institut de France » ha conferito un premio Osiris al dott. Gley, professore di fisiologia al « Collège de France » di Parigi.

NOTIZIE DIVERSE.

Il disastro tellurico della zona del Vulture.

Nella luttuosa circostanza che colpisce vaste generose regioni dell'Italia Meridionale, è da rilevare la prontezza rapida ed ordinata, premurosa ed efficace, con cui al centro ed alla periferia sono stati approntati i mezzi di soccorso. Il primo esempio è venuto dal Capo del Governo, che dal suo posto di lavoro ha impartito le disposizioni più urgenti, e dal Sovrano, che si è recato sul posto.

Nelle zone colpite dal terremoto si sono sperimentate l'utilità e l'efficienza della organizzazione dei servizi di pronto soccorso in occasione di pubbliche calamità, istituita dal Governo fascista col R. Decreto 9 dicembre 1926 e regolamentata col Decreto Ministeriale 15 dicembre 1927.

L'alta direzione dei servizi di pronto soccorso compete al Ministro dei lavori pubblici, col quale collaborano il Sottosegretario di Stato e il Direttore generale dei servizi speciali.

Una parte assai vasta e importante nell'azione di pronto soccorso è stata affidata al servizio sanitario, a cui provvede la Direzione Generale della Sanità Pubblica presso il Ministero dell'Interno. Con tutti i mezzi di trasporto disponibili, la Sanità Pubblica ha inviato materiale adatto che unitamente con quello requisito sul posto o mandato da associazioni di soccorso e similari è stato utilizzato per lo sgombro sollecito dei feriti e dei malati meno gravi, e per l'assistenza e la cura in sito dei feriti, dei malati e delle gestanti che non potevano muoversi. Inoltre ha provveduto alla vigilanza sanitaria sui profughi, al buon governo igienico degli attendamenti e dei baraccamenti provvisorii, all'igiene del suolo, alla vigilanza igienica sugli alimenti, sull'acqua potabile e sulla mattazione degli animali, ai provvedimenti profilattici contro le malattie infettive, ai servizi di polizia mortuaria. A tutto ciò attende un personale specializzato, che comprende medici, igienisti, batteriologi, chimici e tecnici provetti nel montaggio dei padiglioni e nel funzionamento degli apparecchi e degli impianti. Oltre i padiglioni ci sono tende smontabili e trasportabili, capaci di essere utilizzate così per il ricovero di malati e di feriti come per l'isolamento di malati infettivi; così per allogarvi stazioni mobili di disinfezione come per farvi funzionare laboratori volanti chimici e batteriologici, impianti di potabilizzazione, depositi di medicinali e di disinfettanti, ecc. È stato per tal modo facile far sorgere nella zona terremotata dei veri e propri centri ospedalieri, forniti di tutto il necessario e attrezzati per ogni servizio.

Al personale della Sanità Pubblica è demandato, in un secondo tempo, di provvedere alla riorganizzazione e al ripristino dei servizi di assistenza e cura medico-chirurgica ed ostetrica e di assistenza farmaceutica e zooiatrica e di fornire altresì tutte le indicazioni di carattere igienico necessarie per la razionale sistemazione e il buon governo igienico dei baraccamenti per uso di abitazione, per gli ospedali e per tutti gli impianti igienico-sanitari.

L'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica è stata integrata da quella dei Prefetti, dei Podestà, dei Segretari Federali e dei Fasci, che hanno provveduto subito alla organizzazione delle squadre di soccorso e di disinfettatori, dando alle popolazioni la prima tangibile prova dell'assistenza del Regime.

Parimenti encomiabile è stata l'azione svolta dalla Sanità Militare, coadiuvata con alto spirito di abnegazione dagli altri reparti dell'Esercito e della Milizia.

La Croce Rossa, sotto la direzione del suo presidente sen. Cremonesi, è stata provvida nell'opera di soccorso; ha dislocato un treno di soccorso nella zona terremotata.

Il Sovrano Ordine di Malta ha predisposto l'invio di un treno-ospedale.

Va segnalata in modo speciale, l'opera pronta e diligente prestata dal servizio sanitario delle Ferrovie.

In breve, tutte le organizzazioni di assistenza sono state mobilitate.

Le popolazioni colpite hanno dato prova di disciplina, dominio e compostezza ammirevoli.

1° Congresso internazionale di Microbiologia.

Come avevamo annunziato, questo Congresso, organizzato sotto il patronato del Presidente della Repubblica Francese, si è svolto a Parigi dal 20 al 25 luglio.

L'inaugurazione ha avuto luogo con particolare solennità nel grande Anfiteatro dell'Istituto Pasteur, innanzi a una folla di scienziati accorsi da ogni parte del mondo.

Ai discorsi del presidente d'onore dott. Roux, del presidente del Congresso prof. Bordet e del presidente del Comitato d'Igiene della S. d. N. prof. Madsen, han fatto seguito le risposte dei vari delegati ufficiali. Per il Governo italiano ha parlato il delegato ufficiale prof. Belfanti di Milano.

Dopo di che, per incarico e a nome di tutti gli antichi allievi stranieri dell'Istituto Pasteur,

ha avuto la parola il prof. Sanarelli di Roma il quale, in una elevata ed eloquente allocuzione, ha rievocato gli inestimabili benefizi apportati dall'opera pasteuriana a pro dell'umanità e del progresso economico e civile di tutti i popoli. Il Sanarelli ha reso, infine, a nome di tutti i microbiologi, un devoto e caloroso omaggio alla bella figura di Emilio Roux, depositario e continuatore illustre della tradizione pasteuriana, chiudendo con un alato saluto augurale alla Patria di Luigi Pasteur.

I lavori si sono svolti attivissimi; vi hanno avuto molta parte gli studiosi italiani.

Ne daremo un breve resoconto in un prossimo numero.

2° Congresso internazionale di tecnica sanitaria.

Come abbiamo annunziato, il prossimo Congresso internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica che si riunì la prima volta a Praga lo scorso marzo, si terrà a Milano, durante il periodo della Fiera campionaria, nell'aprile del 1931. Simultaneamente al Congresso vi sarà la esposizione internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica nei padiglioni della Fiera. In detta mostra verrà luminosamente dimostrato il progresso dell'Italia e in particolare di Milano in questo campo di attività.

2° Congresso internazionale ospedaliero.

Presso la Lega delle Società della Croce Rossa a Parigi si è costituita un'Associazione internazionale degli Ospedali, che ha lo scopo di federare le Associazioni ospedaliere nazionali.

Ne fa parte un Comitato, il quale organizza a Vienna, per il giugno 1931, un Congresso internazionale, che farà seguito al 1° Congresso internazionale, adunatosi lo scorso anno ad Atlantic City (Stati Uniti).

Il Comitato, posto sotto la presidenza del dott. René Sand (Belgio), ha già fissato i temi in discussione e designato i relatori: « Il costo di costruzione degli ospedali » (Distel); « Il costo della giornata d'ospedalizzazione » (Gonachon); « La legislazione ospedaliera » (Harper); « Compito dell'infermiera negli ospedali » (miss Reimann); « I servizi accessori degli ospedali » (Wortman); « La terminologia ospedaliera » (Wirth); inoltre verranno sottoposti alla discussione dei congressisti i seguenti argomenti: « Le consultazioni esterne » (Corwin di Londra); « L'alimentazione dei malati » (von Noorden di Vienna); « Gli effetti dell'assicurazione-malattie sulla pratica ospedaliera » (Smith Withaker di Londra); « Il posto della neurologia e della psichiatria nell'ospedale generale » (Alter di Düsseldorf). Al Congresso sarà unita un'esposizione. Sono in programma varie escursioni ed una visita a Budapest.

Per informazioni rivolgersi al presidente del Comitato, Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, rue Velasquez 2, Paris (VIIIe), Francia.

12° Congresso francese d'ortopedia.

Si terrà il 10 ottobre presso la Facoltà medica di Parigi (anfiteatro Vulpian). Temi: « La coxa vara degli adolescenti » (relat. Hue di Parigi); « Le paralisi ostetriche dell'arto superiore » (relatore André Rendu di Lione). Per informazioni rivolgersi al Dr. Sorrel, secrétaire général de la Société Française d'Orthopédie, boulevard Saint-Germain 179, Paris, Francia.

Congresso olandese sulle cure domiciliari.

Dal 25 al 27 settembre si terrà ad Utrecht un Congresso sulle cure domiciliari e sull'igiene rurale, organizzato dalla grande società della Croce Verde. È sostenuto dal Governo; il Comitato d'onore conta il direttore generale dell'igiene pubblica e numerosi ministri; l'inaugurazione sarà fatta dal ministro del lavoro, del commercio e dell'industria, il quale è incaricato anche dell'igiene pubblica. Sono annunziate molte conferenze, che riguardano specialmente il compito delle infermiere visitatrici e della medicina preventiva. Per informazioni e programmi rivolgersi ai segretari, J. Beyerman e Ad. Ter Cock, Nieuwegracht 69-a, Utrecht, Olanda.

Congresso medico ungherese.

L'Associazione Nazionale Medica dell'Ungheria si è adunata nei giorni 4 maggio e seguenti.

Essa ha carattere corporativistico e perciò si è interessata esclusivamente d'interessi professionali e di deontologia. Tra i temi discussi sono: le assicurazioni sociali, gli stipendi dei medici ospedalieri, la soppressione delle prestazioni mediche gratuite, l'istituzione di un ufficio di collocamento.

Corso di perfezionamento in gastro-enterologia a Barcellona.

Avrà luogo a Barcellona dal 13 ottobre al 20 dicembre, presso l'Ospedale della Santa Croce e di San Paolo, sotto la direzione del prof. F. Gallart Monés, col concorso di altri quindici insegnanti, tra cui Marañon di Madrid e Gutmann di Parigi. L'iscrizione importa 100 pesetas. Per iscrizioni, informazioni e programmi rivolgersi alla: Administración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Depositaria, Barcelona, Spagna.

Corso di perfezionamento in oftalmologia a Vienna.

È organizzato dal 1° ottobre al 5 dicembre nella I e nella II Clinica oculistica, presso l'Ospedale Generale. È promosso dall'Associazione Medica Americana di Vienna e perciò l'intero insegnamento si terrà in inglese. Perchè il corso abbia luogo, si richiede che le iscrizioni raggiungano il minimo di 10; non si accettano più di 16 iscrizioni. È questo il 7° corso del genere. Le iscrizioni importano 250 dollari, di cui un quinto va corrisposto in anticipo. Rivolgersi al Prof. A. Fuchs, Skodagasse 13, Wien VIII; oppure alla American Medical Association, Alserstrasse 9, Wien VIII.

Nella stampa medica.

Continua la fioritura di nuovi periodici, che attestano l'esuberanza editoriale della classe medica.

Segnaliamo « Il Cancro », rivista trimestrale del « Centro per lo studio, diagnosi e cura dei tumori presso l'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino »; conta sette direttori, che sono i proff. sen. B. Pescarolo, preside del Centro, B. Morpurgo, F. Micheli, A. Pochettino, M. Donati, M. Bertolotti e A. M. Dogliotti; redattore

responsabile è il prof. P. Pietra, assistito da vari redattori ordinari. Ha lo scopo di pubblicare i resoconti (lavori e discussioni) delle Riunioni mediche-chirurgiche-radiologiche dimostrative del Piemonte per lo studio, diagnosi e cura dei tumori. Il primo fascicolo comprende una serie di lavori, un referendum del sen. Pescarolo, ecc. Abbonamento annuo: Italia L. 20, Estero L. 40. Redazione: via Ospedale 36, Torino; amministrazione: Cas. Post. 358, Torino.

Si è anche iniziata la pubblicazione di « Medicina Infantile », rivista mensile di medicina e terapia dell'infanzia, diretta dal prof. G. Genovese. Il primo numero è consacrato alla memoria del prof. Luigi Concetti; reca anche un lavoro del prof. Martinez Vargas di Barcellona, ed una serie di recensioni e note di terapia. Il nuovo periodico si annunzia vitale. L'abbonamento annuo importa L. 30 per l'Italia, L. 60 per l'Estero. Gli uffici hanno sede in Roma, via S. Croce 98.

Alle due nuove reclute della stampa medica un saluto augurale.

Le Terme di Viterbo.

Il 13 corr. sono state inaugurate ufficialmente le Terme di Viterbo, cedute dal Comune all'Opera Nazionale Dopolavoro, che ha provveduto a restaurarle completamente ed a metterle in valore, dimostrando di saper assolvere il suo compito di assistenza sociale ed igienica a favore delle classi lavoratrici. Gli stabilimenti sono dotati di un'organizzazione e di un attrezzamento tecnico-sanitario rispondenti alle più moderne esigenze. Le comunicazioni con i centri vicini sono state rese più comode: è stato istituito un servizio automobilistico diretto da e per Roma. Le cure sono rese accessibili a titolo gratuito o semi-gratuito a tutti i dopolavoristi d'Italia.

All'inaugurazione intervennero S. E. Turati, il Ministro Bottai, il Sottosegretario Alfieri, l'on. Ermanno Fioretti e altre autorità.

Federazione Nazionale Medici sportivi.

Nei locali del Sindacato medico fascista si è adunato per la prima volta il Comitato tecnico della Federazione Italiana medici sportivi sotto la presidenza dell'on. Ermanno Fioretti, presidente della F. I. M. S.

Erano presenti il segretario nazionale della F. I. M. S. dott. Corradino Pampersi, insieme agli altri membri componenti il Comitato, nelle persone del prof. Fausto Angelucci (Lazio), prof. Massimo Cartasegna (Piemonte), prof. Nicola Castellino (Napoli), prof. Giulio Ceresole (Venezia Lido), prof. Giovanni Pini (Emilia), prof. Enrico Polacco (Venezia Giulia), prof. Ernesto Podestà (Puglia), prof. Goffredo Sorrentino (Marche).

L'on. Ermanno Fioretti dopo breve esordio ha iniziato la discussione degli importanti e numerosi argomenti iscritti all'ordine del giorno.

Fu deliberato che il manuale per i medici sportivi verrà compilato entro il mese di novembre mediante la collaborazione diretta di tutti i componenti il Comitato, che si sono divisi i diversi argomenti da trattare. La compilazione definitiva è stata dall'on. presidente assegnata al prof. Pini, cui spetta il compito di coordinare i lavori di comune accordo con i singoli collaboratori. Il manuale sarà breve, semplice e di massima utilità pratica per i medici sportivi.

Per l'istruzione dei medici sportivi saranno seguite delle norme conformi alle direttive dell'on. Augusto Turati.

Gli esami saranno presieduti dagli ispettori regionali. Ai medici che avranno superato detto esame verrà consegnato un diploma.

È stato definitivamente approvato lo schema di valutazione fisica e sportiva compilato dal prof. Viola in collaborazione col Comitato medico nazionale di coltura fisica. Ne sarà iniziata subito la stampa e la distribuzione ai medici sportivi per cominciare subito i lavori nelle società sportive.

Furono formulati alcuni desiderata che saranno sottoposti all'approvazione dell'on. Turati e di cui si darà notizia non appena verranno sanzionati dall'approvazione del sommo gerarca dello sport nazionale.

L'on. Ermanno Fioretti ha presentato all'on. Turati, al Palazzo del Littorio, i componenti del Comitato tecnico.

Nella sede del C. O. N. I. il segretario generale gr. uff. Beretta ha pure ricevuto i componenti il Comitato tecnico.

Viaggio medico Pirenei-Oceano.

Il 2° viaggio medico ai Pirenei e sulle coste dell'Oceano Atlantico si svolgerà dal 6 al 17 settembre.

Per i programmi e per qualsiasi informazione scrivere al Dr. M. Faure, La Malou (Hérault), Francia.

Servizio telefonico d'informazioni sui medici a Budapest.

L'azienda telefonica di Budapest ha istituito uno speciale servizio informazioni, grazie al quale i pazienti possono mettersi in rapporto con i loro medici in qualunque momento.

I medici praticanti lasciano informata la centrale telefonica dei loro spostamenti quotidiani e dei numeri telefonici con i quali possono essere chiamati nelle varie ore del giorno. Chiunque abbia bisogno dell'assistenza medica può limitarsi a fare il nome del medico desiderato: l'ufficio centrale provvede immediatamente a far giungere la richiesta.

(*Jl. Med. Ass. S. A.*, n. 9).

I decessi dei neonati di Lubecca.

Il dramma della maternità di Lubecca è definitivamente chiarito dai risultati dell'inchiesta ufficiale, compiuta sul luogo per ordine del Ministero dell'Interno, dal prof. Haendel, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Reich, e dal prof. Lange, dell'Istituto R. Koch. Tale inchiesta ha dimostrato l'inesistenza assoluta delle accuse fatte al vaccino Calmette.

I proff. Haendel e Lange, dopo aver eseguito esperienze cliniche e di laboratorio, sono giunti alle conclusioni seguenti: 1) Il vaccino inviato da Parigi a Lubecca è stabile e non ha subìto modificazioni; 2) Il vaccino del prof. Calmette è assolutamente inoffensivo e adempie completamente agli scopi per i quali fu creato. 3) Le morti dei neonati, avvenute alla maternità di Lubecca, si debbono imputare unicamente al personale, che è responsabile di inquinamenti prodottisi nei terreni e nelle culture del vaccino francese. Sono questi inquinamenti, sovrapposti ai bacilli completamente inoffensivi del Calmette, che hanno causato la morte dei neonati

Omaggio a Castaigne.

Gli amici e gli allievi del prof. Castaigne gli offriranno, nel prossimo novembre, in occasione del suo giubileo, un volume di memorie ed una artistica medaglia. Il Comitato d'onore è presieduto dai proff. Chauffard e Achard di Parigi.

Chi sottoscriverà un minimo di 100 franchi, riceverà una riproduzione della medaglia e un esemplare del libro. Le sottoscrizioni vanno indirizzate a: Dr. Henry Paillard, avenue d'Aubière 27, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Francia.

Si è spento a Roma il prof. gr. uff. ANGELO RAFFAELE CERVELLI, colonnello medico a riposo, decorato di medaglia d'argento al valor militare; da oltre un trentennio era medico della Camera dei Deputati.

Del prof. DEODATO DE CARLI, spentosi in questi giorni tra il rimpianto dei moltissimi amici ed estimatori, daremo una breve necrologia in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 11 Agosto 1930 Num. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE « COSTA » - BAGNI DELLA PORRETTA.

La cura chirurgica dell'osteomielite ematogena acuta.

Dott. ALDO AVONI, lib. doc. di Patologia Chir. nella R. Univ. di Bologna, dirett. inc.

Sui banchi della scuola dalla viva voce dei maestri prima, dallo studio delle opere mediche e dall'osservazione clinica ospedaliera poi, avevamo appreso come il trattamento razionale dell'osteomielite infettiva ematogena acuta dovesse essere tempestivo, pronto, spesso urgente, non troppo economico e rappresentato dall'ampia apertura dell'osso colpito previe generose incisioni delle parti molli fino al midollo. Nella pratica successiva avevamo seguìto questi precetti con risultati assai lusinghieri nonostante la gravità spesso estrema di tale infezione.

Le statistiche operatorie uscite numerose fra noi per le stampe durante parecchi anni avrebbero voluto documentare la giustezza di un tale procedere; senonchè da qualche tempo a questa parte si sono levate qua e là voci di disapprovazione e di condanna per questo metodo corrente perchè forse troppo radicale, eccessivo e pericoloso; voci suffragate invero da casi clinici assai numerosi a evoluzione più rapida e più regolare (minori e meno temibili complicanze) e con percentuale di guariti più elevata, casi clinici curati appunto con interventi meno demolitori, più economici (incisioni semplici delle parti molli e del periostio senza intaccare il midollo, punture evacuative). Così, per citare qualche esempio, Rost e i suoi discepoli, come già prima Ritter, Müller, Rostock, affermano — in base ad una statistica assai numerosa di otto anni — non essere indicata la trapanazione dell'osso e il drenaggio della cavità midollare, giacchè la percentuale della mortalità e delle complicanze sarebbe meno alta con la semplice apertura dell'ascesso sottoperiosteo in quanto non si infetterebbe il midollo ancora immune.

Ochsner e Crile consigliano una trapanazione ossea immediata esplorativa che ampliano poi scoprendo ampiamente la cavità midollare, solo in caso che in questo ci sia del pus.

Krosnobaew, rendendo di pubblica ragione 428 casi di osteomielite acuta, afferma anzitutto che nei primi 15 o 16 anni della sua pratica è stato interventista sistematico perdendo però in tal modo ammalati per *shoch* operatorio o per narcosi. Egli crede che la trapanazione dell'osso non rappresenti una panacea mentre invece sarebbe di urgenza assoluta la incisione semplice in anestesia locale. Conclude poi sostenendo che occorre tener conto dello stato generale del malato e delle sue forze avendo il massimo riguardo per i suoi tessuti, evitando nei primi stadi dei casi più gravi una attività eccessiva e sopratutto la narcosi generale. Consiglia inoltre nel primo stadio settico dell'osteomielite, di accontentarsi d'aprire precocemente l'ascesso incidendo fino all'osso e curando in seguito il flemmone con uso parchissimo e brevissimo di tamponi o drenaggi. In casi di osteomielite epifisaria dei bambini più piccoli — ad empiema articolare non ancora formato — cominciare con aspirazioni ripetute del pus per mezzo di una semplice siringa, e soltanto negli adolescenti o in seguito a invasione della capsula da parte del pus, o in caso di flemmone, praticare incisioni e artrotomie economiche senza tamponi. Vorrebbe infine togliere ai medici il concetto del legame indissolubile: osteomielite, trapanazione che, tenendoli inattivi, fa loro perdere un tempo prezioso.

Aubert mette in guardia contro le complicazioni pericolose che possono seguire all'apertura precoce d'urgenza dei focolai osteomielitici acuti negli adolescenti costituendo essa un trauma dannoso e consiglia di rimandare tale apertura a maturazione avvenuta del focolaio con mezzi medicamentosi.

A sostegno di questa tesi porta due casi:

1) Ragazzo undicenne: apertura al terzo giorno di un focolaio osteomielitico del perone seguìto dalla comparsa rapida di cinque nuovi focolai e da un aggravamento dello stato generale, così da rendere improrogabile l'amputazione.

2) Giovane ventenne: apertura all'ottavo giorno di un focolaio recidivante della tibia seguìto da morte in capo ad otto giorni malgrado aperture larghissime del focolaio.

Senza dubbio l'esistenza di queste voci e più di tutto il fatto obbiettivo indiscutibile della casistica, devono far riflettere seriamente quanti con frequenza maggiore o minore sono chiamati a curare ammalati di osteomielite infettiva ematogena acuta; in altri termini il trattamento corrente classico seguìto dalle nostre scuole sarebbe per lo meno eccessivo.

La questione — io credo — non va presa tanto alla leggera giacchè una certa diversità nel metodo curativo può assumere in pratica una importanza non lieve. Se infatti i sostenitori della cura economica fossero nel vero, noi, seguendo il loro consiglio, verremmo ad abbreviare notevolissimamente la durata della malattia con inestimabile vantaggio degli infermi e delle amministrazioni ospitaliere non solo, ma attenueremmo o eviteremmo in gran parte le complicanze fatali minaccianti la vita di questi pazienti: per cui credo non del tutto ozioso esaminare un po' da vicino quest'argomento di così grande importanza pratica.

E' accertato dalla clinica e dall'esperimento che l'osteomielite ematogena acuta è una malattia infettiva i cui germi per una causa qualsiasi spesso insignificante in apparenza o imprecisabile o inavvertita, da un focolaio primitivo, rintracciabile o meno, passano *per via ematica* nelle ossa e precisamente nei punti in cui più accentuato è il processo di accrescimento, più ricca e attiva si compie la circolazione (metafisi): e per l'appunto detta ematogena acuta. Questo trasporto di germi in ammassi più o meno cospicui e il loro successivo fissarsi nell'osso e particolarmente nel midollo sono favoriti dalla speciale suddivisione dei vasi sanguigni (Langer, Lexer, Kuliga, Türck, Nussbaum), vasi terminali nella metafisi e anastomizzantisi nelle epifisi e nella diafisi: da cui uno sviluppo straordinario della rete capillare da un lato e il deposito dei germi per semplici condizioni meccaniche e forse anche per affinità chimiche speciali ignote, dall'altro. Questo riguardo alla localizzazione dei germi nel midollo ossia alla forma iniziale di mielite; ma, come è noto e arcinoto, il processo, lungi dal rimanere circoscritto in un punto, dopo brevissimo tempo — *ore* — si diffonde alla corticale e al periostio di gran parte dell'osso e all'osso intero. Come, e perchè?

Sappiamo dall'anatomia che l'osso è formato dal periostio, dal midollo e dalla corticale; le quali parti non possono essere certo considerate indipendenti, distinte l'una dall'altra, ma formano invece un tutto; sono legate cioè anatomicamente e in modo assai stretto.

Infatti troviamo: il *periostio*, membrana fibrosa avvolgente e nutritizia che con la sua faccia interna aderisce alla corticale per mezzo di una ricca rete i cui vasi vi penetrano, per l'esistenza delle fibre di Sharpey e per quella dei linfatici in rapporto con le guaine perivascolari dei canali di Havers;

il *midollo* che colma ogni cavità del tessuto osseo e irrorato da divisioni e suddivisio-

ni di vasi provenienti in parte dall'arteria nutritizia e in parte dalle arterie periostee;

la *corticale* (*sostanza ossea*) crivellata da fori e canali, che comprende:

1) i *canali di Havers* che comunicando ampiamente fra loro formano una rete unica e sottilissima e si aprono o all'esterno dell'osso per mezzo dei fori di terzo ordine, oppure si ripiegano ad ansa per continuarsi poi con uno dei canali vicini. I canali di Havers contengono i vasi e i nervi dell'osso e sono circoscritti dalle lamelle ossee reciprocamente incastrate (Testut);

2) *i canali perforanti di Volkmann* che contengono pure vasi e comunicano ampiamente e variamente fra loro e con quelli di Havers;

3) *la sostanza fondamentale* disposta concentricamente attorno ai canali haversiani;

4) *i corpuscoli ossei od osteoblasti*, cavità microscopiche che sboccano nei canalicoli ossei, a decorso irregolarmente flessuoso e anastomizzantisi così da formare una ricca rete diretta in parte esternamente nei fori di quarto ordine e in parte nella cavità midollare.

Circolazione arteriosa delle ossa. — E' data dall'*arteria nutritizia* che, entrata nell'osso per il foro nutritizio, irrora il midollo dando due rami divergenti, ciascuno dei quali forma: *a*) un ramo midollare per il midollo; *b*) rami ossei decorrenti nei canali di Havers e comunicanti con i rami dell'*arteria periostea*, che penetrano nell'osso per i fori di terz'ordine e come capillari occupano anch'essi i canali di Havers.

Si hanno quindi tre reti: rete del midollo, rete dell'epifisi, rete della diafisi, comunicanti fra loro e quindi reciprocamente solidali qualunque sia il tipo di osso considerato (Testut).

La patologia poi ci insegna che questa solidarietà intima, piena, reciproca, rimane inalterata al letto dell'ammalato, così che l'infezione iniziale può rimanere localizzata ad una di queste parti soltanto per brevissimo tempo e in condizioni straordinariamente favorevoli: nella immensa maggioranza dei casi con grande rapidità — *ore* — il processo infiammatorio si diffonde da un punto all'altro ed anche ai tessuti molli circostanti coi sintomi, coi segni e con le alterazioni a tutti ben noti. Sappiamo pure dalla patologia che i germi provenienti da un focolaio qualsiasi rintracciabile o meno, arrivati per la via arteriosa al midollo della porzione metafisaria più spesso, o al periostio o alla corticale meno spesso, danno luogo per se stessi e per le loro tossine a fusione purulenta, la quale, per i rapporti reciproci tra le varie parti ossee, diventa *panosteite*. Si ha poi più o meno rapidamente, a seconda della compartecipazione e compromissione del circolo arterioso, nutrizione scarsa o insufficiente e quindi *necrosi*.

Così stando le cose il taglio semplice delle parti molli e l'apertura più o meno ampia del periostio possono tanto da troncare il decorso inquietante e spesso fatale della malattia e da evitare complicanze serissime sempre?

Con questo intervento si mette, è vero, allo scoperto il focolaio e una parte, permettendo al pus di fluire all'esterno così da decongestionare le parti, ma non si riesce a svuotare del tutto la corticale e il midollo sottostante, quasi sempre presi e alterati fin dall'inizio, in particolare quest'ultimo appunto perchè gli ammassi di germi, come si è visto, seguono la via arteriosa e vanno direttamente al midollo stesso; e in definitiva la necrosi ossea tanto temuta (sequestri) non è prevenuta, ma favorita.

Come si può pretendere infatti di portare all'esterno i prodotti morbosi senza trapanare la corticale fino al centro? Se per la migrazione dei germi da un focolaio vicino o lontano furono più che sufficienti le comunicazioni tra periferia e midollo, esse non bastano certo più ad eliminare l'essudato purulento e i prodotti di sfacelo ben costituiti, anche se ampliate e facilitate da aspirazioni e incisioni economiche.

Il confronto istituito da alcuni fra osteomielite acuta e mastoidite mostra pienamente l'eccellenza della trapanazione generosa e precoce: noi vediamo infatti gli otoiatri nella cura operatoria delle mastoiditi da otite media purulenta acuta non contentarsi di uno scalpellamento rapido e grossolano, ma aperto l'antro mastoideo e individuato l'*aditus*, ricercare e mettere allo scoperto con pazienza e cura spesso meticolose ogni singola cellula allo scopo preciso di prevenire il più piccolo ristagno e con esso elevazioni termiche eventuali e complicanze postoperatorie noiose.

Nè basta: trapanando generosamente anche in quei rarissimi casi in cui l'infezione rimane localizzata al periostio non si trasmette certo questa alla corticale e al midollo ancora immuni perchè la breccia operatoria rimane aperta e drenata più o meno ampiamente, così da permettere e favorire il deflusso dell'essudato all'esterno, anzichè l'innesto delle parti sottostanti.

Non si riesce poi a comprendere come mai in questa malattia infettiva a decorso acuto e talora acutissimo, l'intervento operatorio generoso, non economico, sia troppo grave per la prognosi: poichè in qualche modo bisogna pu-

re agire (l'astensione è inammissibile e inconcepibile), non è forse per lo meno imprudente perdere ore preziose in punture evacuative, in aperture minuscole incapaci del tutto a dominare il processo infettivo? Quantità insignificanti di etere somministrato a goccie basteranno a compiere l'intervento radicale con grande beneficio dell'infermo e piena soddisfazione del chirurgo che — qualunque possa essere l'esito definitivo — ha così tranquillizzato la propria coscienza. Chi abbia avuto l'opportunità di osservare, studiare e operare presso sezioni chirurgiche ove questi ammalati vengano di preferenza avviati ha radicato profondamente nell'animo l'imprescindibile necessità di agire al più presto trapanando ampiamente l'osso colpito attraverso a incisioni delle parti molli e favorendo con drenaggi di garza o tubulari il deflusso del pus: rischi eguali, se non maggiori, si fanno correre molto spesso ai malati per interventi chirurgici di elezione!

Io, nella mia carriera ospitaliera ormai non più breve, ho potuto osservare numerosi casi di osteomielite ematogena acuta e nella cura di questa forma morbosa — ripeto — dopo averlo visto seguire, ho seguìto sempre il metodo corrente, dirò così classico, e con risultati veramente lusinghieri, di cui fanno fede le cifre che riporto più sotto.

A documentare poi la bontà e razionalità di questo metodo aggiungo la statistica che alcuni Colleghi hanno voluto gentilmente inviarmi.

AVONI A. Casi 63 con un morto (mortalità: 0,63 %).

Arto superiore: omero 8; radio 1; cubito 1; metacarpo 1.

Arto inferiore: femore 13 (un caso con localizzazione multipla; un caso con frattura patologica); tibia 23 (un caso di morte; un caso di localizzazione multipla); perone 6; astragalo 1; cuboide 1; metatarso 6.

Mandibola 1.

Osso iliaco 1.

ANGELETTI E. Casi 61 con 3 morti (mortalità: 4,81 %).

Ossa della faccia 1: scapola 1 (con un morto).

Arto superiore: omero 3, cubito 2.

Ileo 1.

Arto inferiore: femore 20; tibia 29 (due morti); perone 4.

CAVINA G. Casi 43 con 7 morti (mortalità 16,29 %).

Clavicola 1.

Scapola 1.

Coste 2 (un caso con altri focolai).

Colonna vertebrale 1 (morto con altri focolai alla mano).

Arto superiore: omero 2; radio 2; cubito 2.

Arto inferiore: femore 14 (morti 3), (un caso bilaterale); tibia 10 (morti 2); (due casi bilaterali); femore e tibia 2 (morti 1); ossa piede 6 (2 casi con altre localizzazioni).

FORNI G. Casi 68 con 6 morti (mortalità: 8,82 %).

Frontale 1.

Clavicola 1.

Arto superiore: omero 3; radio 3; cubito 4.

Arto inferiore: femore 27 (3 morti, 2 luss. patologiche della testa femorale); tibia 23 (2 morti); perone 3 (1 morto); calcagno 1; cuneiforme 1; metatarso 1.

In sei casi si sono avute localizzazioni multiple.

RIASSUNTO.

L'A., in base a considerazioni di anatomia, di patologia e di clinica, suffragate da statistica operatoria personale e di altri colleghi, sostiene che il metodo razionale nel trattamento dell'osteomielite ematogena acuta consiste nella trapanazione ampia, precoce della corticale con messa allo scoperto della cavità midollare.

BIBLIOGRAFIA.

AUBERT. Soc. de Chir. de Marseille, 1929, giugno.

KROSNOBAEW. *Du traitement de l'osteomiélite hématogène infectieuse aigüe.* La Chir. Org. Mov., 1926.

LANGER. Denkscr. d. Ak. d. Wissensch. Wien. Mathem. natur. Kl. 1876.

LEXER, KUIGA, TÜRK. *Untersuchung. über Knochenarterien.* Berlin, 1904. Verlang v. Aug. Hirschwald.

NUSSBAUM. Bruns' Beitr., 129, 1923.

OCHSNER e CRILE. Surg., Gynec. a. Obst., 1920, settembre.

ROST. *Muss man bei akuter osteomyelitis den Knochen aufmeisseln. wenn schon ein subperiostaler Abzess vorhanden ist?* Münch. med. Woch, 1920, p. 1493.

TESTUT. *Anatomia Umana.* Vol. I: *Osteologia.*

DIVISIONE CHIRURGICA OSPEDALE DI GROSSETO
diretta dal prof. O. CIGNOZZI.

Trattamento incruento dell'unghia incarnata.

Dott. GINO NISI, ufficiale sanitario - Grosseto.

Lunga serie di autori ha pubblicato processi per la cura dell'unghia incarnata. Per quanto abbia cercato, tutti questi autori parlano di cura chirurgica e nessun trattamento incruento è stato menzionato.

Basti pensare che tali trattamenti chirurgici per la cura dell'unghia incarnata, al tempo di Velpeau raggiungevano il centinaio, e che molti ancora ne seguirono, ed aumentarono considerevolmente la serie.

Oggi si ammette senz'altro che per l'unghia incarnata non può essere assicurata la completa guarigione, se non con la totale o parziale distruzione della matrice dell'unghia; e tutti i processi operatori presentati hanno per base la asportazione del letto ungueale. Potremo, ad esempio, ricordare fra i principali, e il procedimento del Follin-Gosselin e il trattamento del Quénù e quello del Dardignac.

La letteratura Francese poi è ricchissima di menzioni in proposito.

Non è il caso qui di esporre la tecnica e i tempi comuni a tutti questi processi ormai ben noti.

Solamente mi permetto richiamare l'attenzione su tale genere di cura che non è fra le più umane, e non del tutto scevra di noie per chi la subisce. Infatti lo strappamento necessario dell'unghia e la necessità di mettere allo scoperto la matrice sottostante, provocano violenti dolori, che si mantengono per molte medicature, e che obbligano il paziente ad una forzata immobilità per parecchi giorni.

Per usare un trattamento più umano, e per evitare tutti gli inconvenienti esposti, presento un metodo, che provato in diversi casi ha sempre dato risultati magnifici, senza bisogno di ricorrere al trattamento cruento.

Mi sono permesso di chiamare questo procedimento che forma oggetto della presente nota clinica: *Trattamento incruento dell'unghia incarnata.*

È ben noto, che, quasi esclusivamente, l'alluce è il dito soggetto a questa forma morbosa e tanto frequente.

Perchè l'unghia s'incarna? Per due ragioni essenziali:

1) per difettosa calzatura;

2) per poca o irrazionale cura del taglio periodico dell'unghia.

Le condizioni anatomiche cui è preposta la funzione dell'alluce, che riceve gran parte del peso del corpo nella deambulazione, sono quelle che conducono lentamente all'infossamento di una parte, o delle due parti laterali dell'unghia stessa, nel tessuto.

Premesso che l'unghia ha una struttura ad arco di volta; se isoliamo nello spazio l'alluce, durante la deambulazione, vediamo che esso è soggetto alle seguenti forze: una rappresentata dal peso che grava sull'alluce, l'altra determinata dalla reazione del terreno, che ha grandezze e direzioni uguali alle precedenti e in senso opposto.

Se l'unghia non presentasse una certa rigidità, e non avesse la forma arcuata, queste forze si distribuirebbero uniformemente sulla sezione, ed i tessuti si deformerebbero di quel tanto, che potrebbe permettere la loro elasticità; a causa della rigidità e della forma arcuata dell'unghia stessa, la distribuzione delle forze non è più ripartita, ma concentrata in alcuni determinati punti. Infatti l'azione dell'unghia nei sottostanti tessuti, non può esercitarsi altrimenti che lungo le tangenti nei punti di appoggio: si hanno quindi due forze concentrate agenti su di una superficie molto limitata.

Il sistema si comporta quindi come un arco appoggiato agli estremi, e sollecitato da un

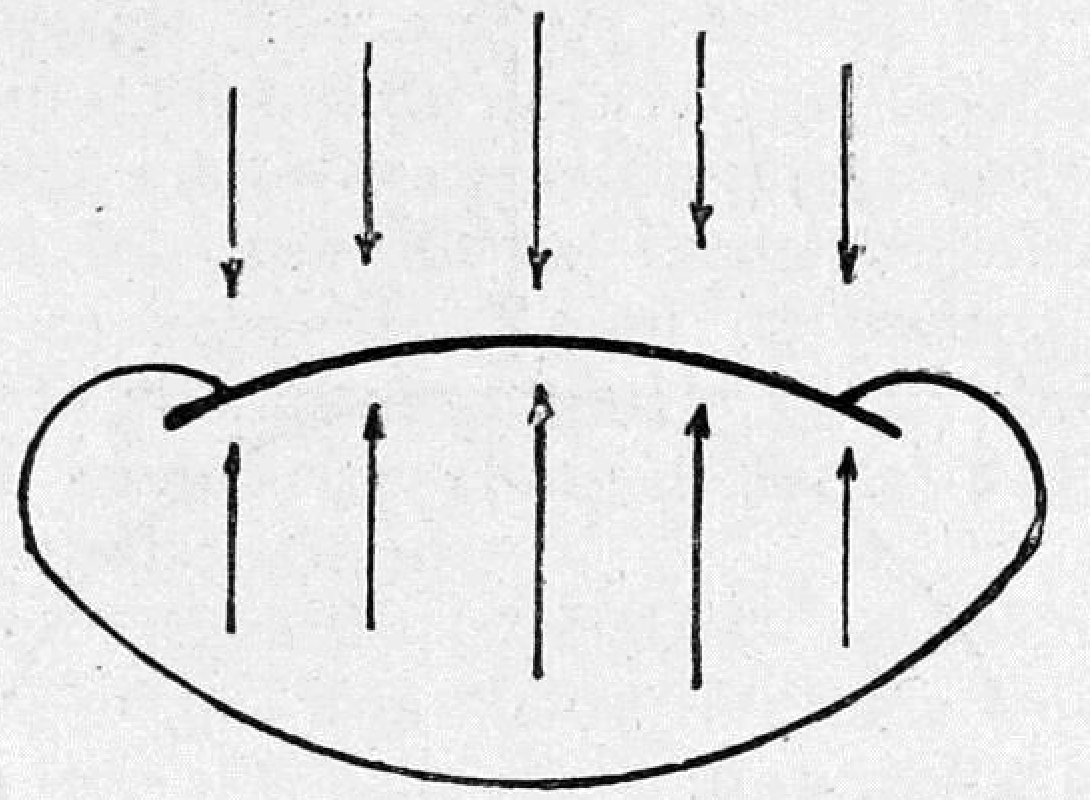


Fig. 1.

carico nella sommità dell'arco. Le spinte esercitate sugli appoggi risultano determinate in grandezza e direzione, ed hanno senso tale da comprimere l'arco sull'appoggio.

Per conseguenza l'unghia ha naturalmente la tendenza a penetrare nei sottostanti tessuti.

Occorre anzitutto togliere questa resistenza

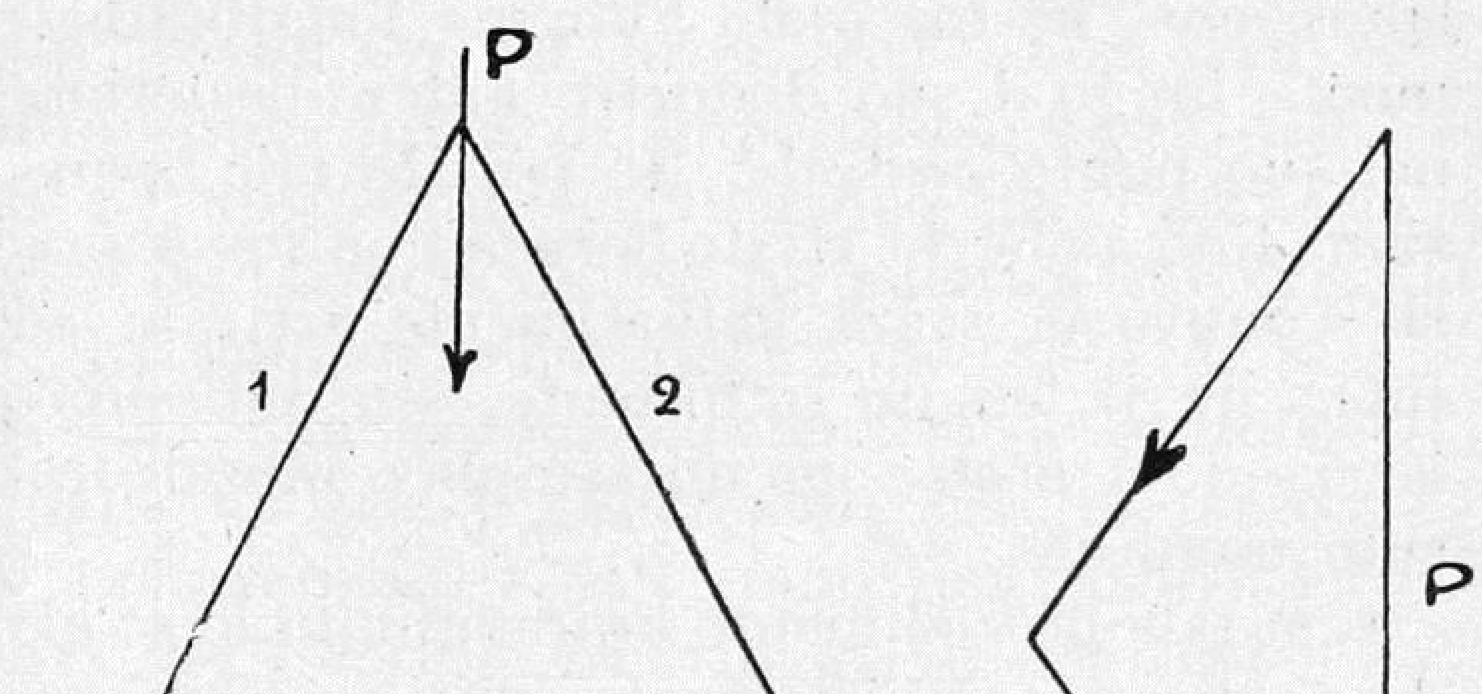


Fig. 2.

al centro, che è quella che permette il lento e continuato infossamento delle parti laterali dell'unghia stessa. Qualora infatti si determini una diminuzione di resistenza sulla sommità dell'arco, il sistema si comporta come se le due metà dell'unghia fossero incastrate nel

punto di contatto centrale, e fossero sollecitate da una forza agente all'estremità ed avente la direzione dal basso in alto.

Per conseguenza le due metà dell'unghia roteranno verso l'alto fino a trovare la posizione di equilibrio, e non potranno più esercitare la spinta verso il basso come prima si verificava.

Quindi, per ottenere questa minorata resistenza sulla sommità dell'arco dell'unghia, espongo il procedimento da me adottato:

Con un bisturi o semplicemente con una lan-

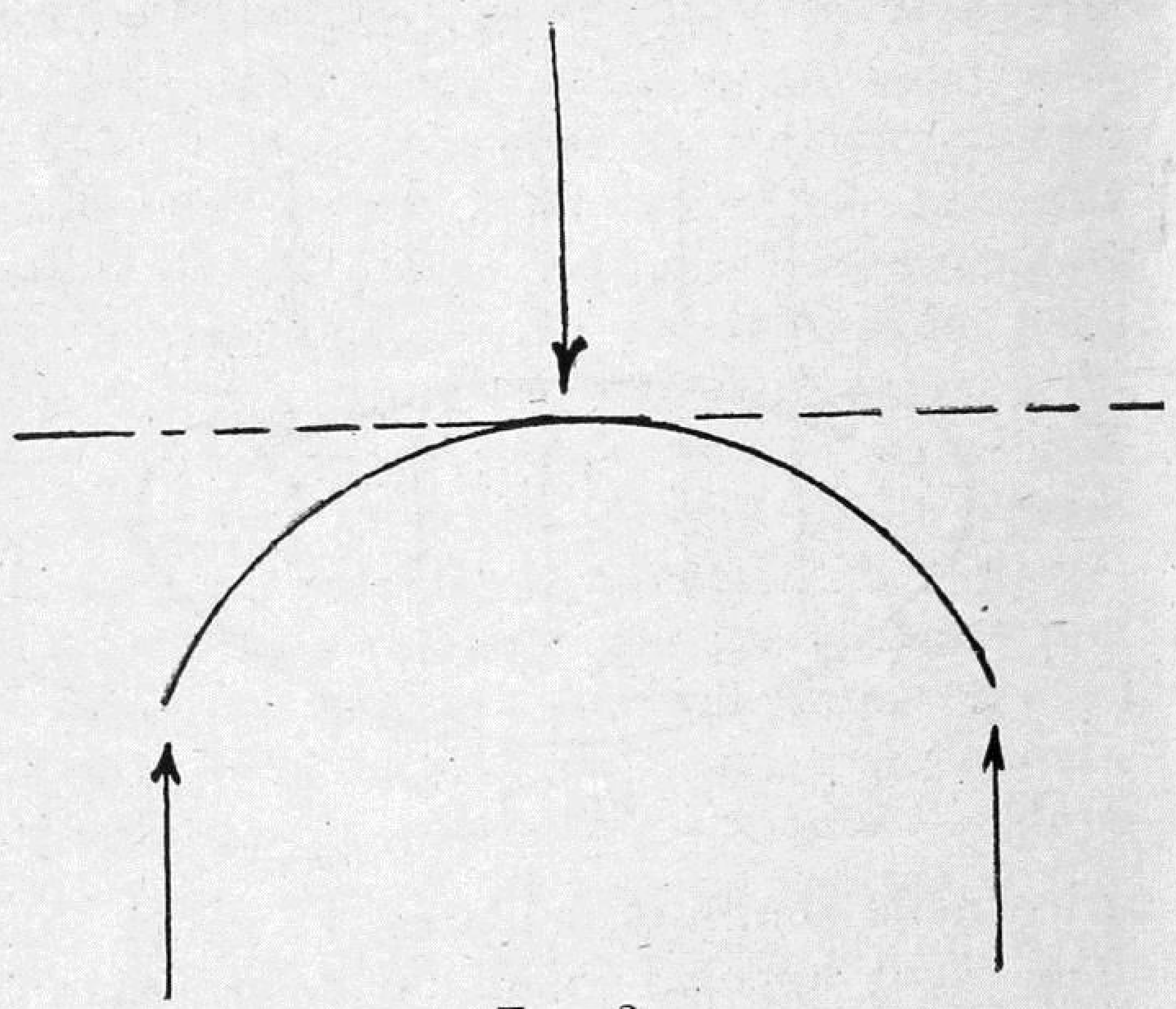


Fig. 3.

cetta tagliente, tenuta inclinata tangenzialmente sull'unghia, lungo il suo asse maggiore, ho scarificato, ho demolito, o meglio, mi si permetta il termine, per rendere più chiara l'espressione, ho raschiato l'unghia longitudinalmente lungo il suo diametro antero-posteriore nel suo punto centrale. Ho portato tale operazione fino a che lo strato corneo non fosse quasi scomparso, senza naturalmente arrivare ad intaccare il tessuto sottostante, sensibilissimo, lasciando a protezione un semplice velo di tessuto ungueale.

Con tale procedimento ho raggiunto lo scopo di togliere completamente quella resistenza centrale, di cui ho fatto sopra menzione.

Togliendo questa resistenza ho levato all'unghia la causa principale del suo incuneamento laterale; in breve, l'ho alleggerita centralmente e lungo l'asse antero posteriore, determinando lo spontaneo e naturale sollevamento delle sue parti laterali.

Ho ottenuto così che il tessuto del dito maltrattato, non venisse più a risentire l'angolo penetrante e tagliente dell'unghia.

Tale tessuto, rappresentato da carni fungose di neoproduzione, lentamente e spontaneamente guarisce, permettendo al paziente di non interrompere le sue normali occupazioni.

Quindici o venti giorni sono sufficienti per ottenere la guarigione completa.

Per giungere ad una risoluzione più rapida ho completato il procedimento con l'applicazione giornaliera di lembi di cerotto adesivo, che ho attaccato per uno dei suoi margini, sul cercine fungoso, e con accurato stiramento, ho esercitato una trazione lateralmente, avvolgendo il lembo intorno al dito; ed ho determinato così uno scollamento del tessuto di reazione che ha permesso di facilitare maggiormente il rialzamento spontaneo delle parti laterali dell'unghia stessa.

Non ho omesso di raccomandare al paziente dopo la guarigione, di curare il taglio pe-

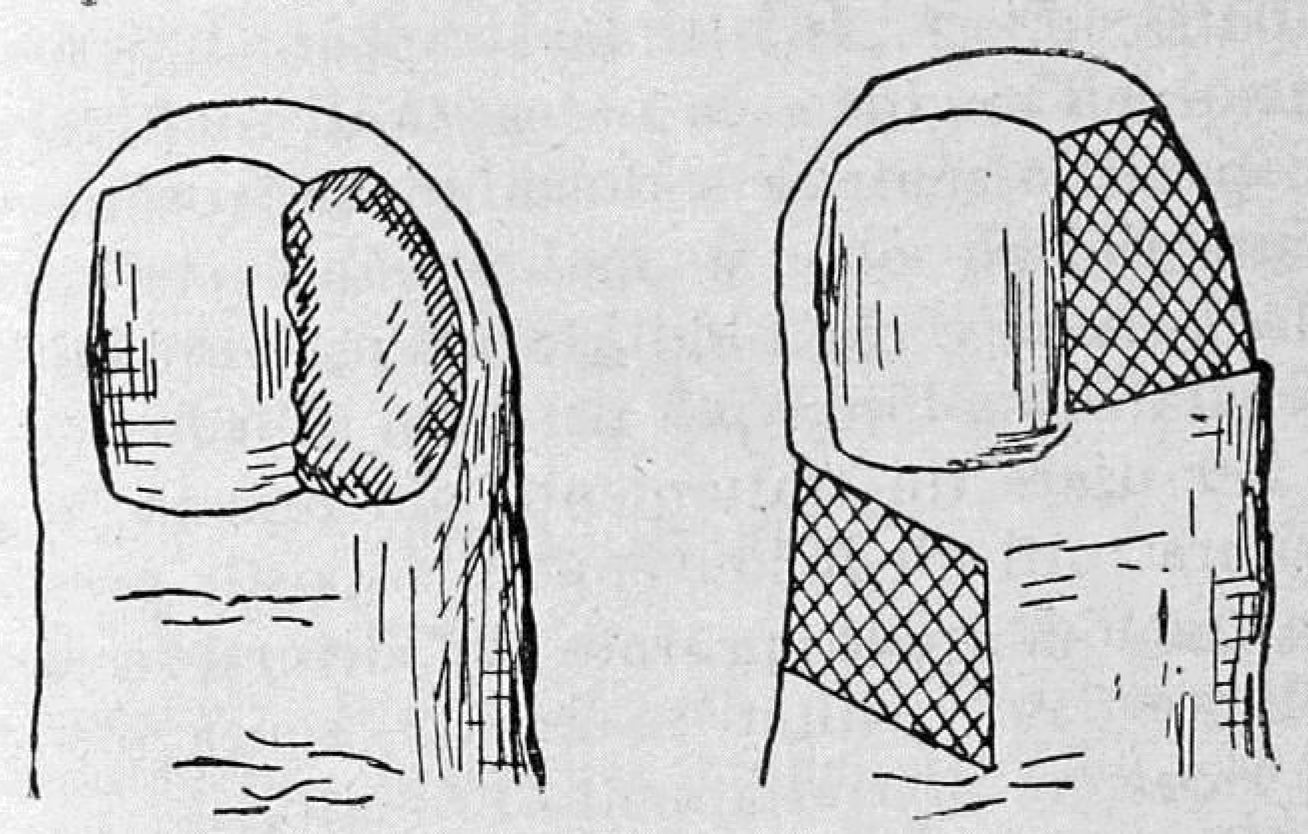


Fig. 4.

riodico dell'unghia mantenendola quadrata e non rotonda nella sua porzione libera, in maniera da evitare un incarnamento secondario. Tale raccomandazione credo di ritenerla non completamente inutile.

Mi sono permesso rendere noto questo mio procedimento perchè mi ha sempre completamente corrisposto, evitando ai pazienti così curati operazioni dolorose e immobilizzanti per molto tempo.

RIASSUNTO.

L'A. investiga il meccanismo patogenetico dell'unghia incarnata e basa su quello il suo metodo di cura, consistente nel raschiare l'unghia lungo il diametro antero-posteriore nella parte centrale.

BIBLIOGRAFIA.

Th. Aiges. *Sull'unghia incarnata.* Bull. di Chirurgia, 1889, t. 15.

Augus. Broca. *Onyxis lateral.* Traité de chir. de Duplay et Reclus, 1897, vol. II.

Dardignac. *Quelques réflexions sur l'ongle encarné.* Rev. de Chir., 1895.

Ch. Monod, S. Vavverts. *Trattato di tecnica operatoria*, vol. I.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. SPEDALE DELLA MISERICORDIA - GROSSETO.
DIVISIONE MEDICA diretta dal prof. G. MEMMI
SEZIONE PEDIATRICA.

L'emiplegia infantile da malaria

per il dott. BENEDETTO DE LUCA,
aiuto medico e pediatra.

Le manifestazioni cerebrali nella malaria non sono oggigiorno molto frequenti ad osservarsi, ma, per la grande diffusione della infezione palustre, tutti i malariologi possono citarne dei casi. Generalmente le sindromi nervose da malaria insorgono coll'accesso febbrile e rapidamente scompaiono specie se intervenga la cura energica con la chinina: solo raramente esse persistono più a lungo, ma quasi mai hanno la tendenza a divenire permanenti o, per meglio dire, a lasciare postumi permanenti. In un mio precedente lavoro comparso in *Policlinico* Sez. Prat. 1927 descrissi già un caso di malaria subterzana a sindrome acuta bulbare osservato in un bambino di 12 anni. Negli anni 1928-29 ho avuto occasione di osservare due casi di malaria infantile con sindrome emiplegica e mi sono indotto a pubblicarli perchè, dallo spoglio della letteratura, ho potuto convincermi che le osservazioni in proposito non sono davvero numerose. L'Ascoli, nel suo classico trattato, dice che la emiplegia nei malarici è frequente a verificarsi e venne già osservata e descritta dal Torti; pone però sull'avviso che nella maggioranza dei casi, più che di vera e propria emiplegia da malaria, deve trattarsi di emiplegia in malarici, nei quali cioè, l'episodio nervoso che suole verificarsi per lo più in individui vecchi ed ateromasici, deve essere interpretato come una pura e semplice concomitanza; alla malaria potendosi al massimo attribuire l'importanza di una semplice determinante. Anche lo Schiassi è di questa opinione ed afferma che debbono considerarsi di natura sicuramente malarica « le emiplegie che accompagnano la malaria acuta, in individui di solito ancor giovani, ed in cui i disturbi si attenuano o si dileguano rapidamente al cessar delle febbri con la terapia chininica ». Egli cita anche i nomi di Lapponi, Dumolard, Aubry e Trollard, Salmoni, Léri, Descomps, Quercy, Fraenkel, Benda, i quali hanno descritto casi di emiplegia da malaria. Afferma inoltre che « l'emiplegia si può presentare con tutte le gradazioni di disturbo funzionale ed è estremamente raro che si conservi come sindrome pura, coesistendo il più delle volte segni di patimento di altre parti dell'asse cerebro spinale ». Patriek Manson dice che « various forms of apopletic-like conditions and of paralysis, combined, it may be, with aphasia, may occur ». Castellani e Chalmers parlano di « Hemiplegic pernicious fever » e di « Aphasic pernicious fever » come di tipi speciali di malaria acuta. Marchoux dice che « les hémorragies (dans le paludisme aigu) peuvent entraîner toutes les suites des hémorragies des vieillards ». Ziemann: « Hemiplegien und Aphasien sind relativ haufig ». Brooke « transient hemiplegia and aphasia are not infrequently seen ». Schmidt descrive un caso di malaria acuta subterzana con emiplegia destra ed afasia da lui osservato nel Congo belga in un giovane congolese di 30 anni: la sindrome nervosa andò attenuandosi con la cura chininica fino a scomparire completamente nello spazio di quindici giorni.

Per quanto riguarda la malaria nei bambini, di casi decorsi con chiara sindrome emiplegica ho trovato nella letteratura soltanto quello descritto dallo Spolverini, riguardante una bambina di 11 mesi, la quale nel settembre 1919 fu colta da febbre elevata seguita dopo circa 10 ore da attacchi convulsivi tonico-clonici generalizzati che durarono circa un giorno, dopo i quali la piccola paziente mostrò emiparalisi a destra. La sintomatologia clinica fece pensare in un primo tempo ad una flogosi meningea, ma poi, resultato del tutto normale il liquido cefalo rachidiano e gli altri esami (Widal, urine, ecc.), non avendo dimostrato nulla di importante, fu in seguito ad un esame ematologico che venne chiarita la diagnosi di febbre malarica subterzana. La sindrome emiplegica nel caso dello Spolverini non poteva ripetere altra origine che dalla malaria perchè l'emiplegia presentò degli aggravamenti e delle remissioni in coincidenza degli accessi febbrili malarici e lentamente scomparve nel periodo di circa due mesi dopo energica cura chininica.

I due casi di mia osservazione somigliano molto nelle linee generali a quello descritto dallo Spolverini. Riferisco brevemente le storie cliniche.

M. Giuseppina, di anni 3, di Grosseto. Nell'anamnesi famigliare notasi che i genitori hanno sofferto entrambi di febbri malariche; la madre ha avuto tre gravidanze condotte a termine; non aborti; non lue, nè etilismo. La bambina è nata a termine della seconda gravidanza ed ha avuto allattamento materno. A sette mesi ha sofferto per la prima volta di febbri malariche

e da quell'epoca ha avuto numerose recidive. Verso la metà di marzo 1928 ebbe qualche accesso febbrile isolato. Il 2 aprile ritornarono gli accessi, questa volta a tipo quotidiano, e, risultando inefficaci le somministrazioni di cioccolatini al tannato di chinino, i genitori ricoverarono la bambina in Ospedale (7 aprile).

All'esame clinico si constata: stato di nutrizione buono, pallore delle mucose visibili, normale l'apparato linfo-ghiandolare nelle sue stazioni palpabili. Temperatura a 39°,5. All'apparato toracico scarso reperto di bronchite. Cuore e sistema vascolare normali. Addome trattabile ma leggermente dolente all'epigastrio ed all'ipocondrio sinistro ove si palpa la milza debordante due dita dall'arcata costale. Genitali esterni normali. Sistema nervoso normale. Pratichiamo un esame emoscopico in goccia spessa e striscio col Giemsa e troviamo numerose forme di *plasmodium vivax* in varie fasi di sviluppo. Prescriviamo un gr. di euchinina al giorno in pozione sciropposa.

Il giorno seguente (8 aprile) nuovo accesso febbrile, questa volta accompagnato da convulsioni tonico-cloniche generalizzate a tutto il corpo ma molto più intense nella metà destra. In primo tempo pensammo trattarsi di fenomeni convulsivi concomitanti l'attacco malarico e che nei bambini sogliono molto spesso sostituire il periodo del brivido febbrile: d'altra parte il reperto ematologico di terzana lieve contribuiva a renderci tranquilli circa la possibilità di complicanze nervose da malaria, le quali si riscontrano quasi esclusivamente nelle forme di subterzana. Il giorno dopo (9 aprile) durante il periodo di apiressia notiamo che la piccola paziente presenta il quadro completo di una emiplegia destra: abolizione di ogni movimento volontario degli arti superiore ed inferiore, paresi facciale marcata, diminuzione notevole della sensibilità ed afasia completa. Praticata una puntura lombare si estraggono circa 10 cc. di liquor a pressione lievemente aumentata e con caratteri fisici assolutamente normali: assenza del reticolo fibrinoso del Mya, negative le reazione di Nonne-Apelt, Pandy e Boveri. L'esame microscopico dimostra la presenza di rarissimi linfociti, quello batteriologico è completamente negativo. Normale il potere riducente.

Ripetutosi l'attacco malarico nella stessa giornata con ritorno dei fenomeni convulsivi e constatata ancora presenza di numerose forme di emosporidi di *plasmodium vivax*, iniziamo la terapia chininica per iniezione in dose di 1/2 gr. al giorno. Contemporaneamente si applica borsa di ghiaccio al capo e si danno dei sedativi per bocca (cabrosol) e per clistere (cloralio). La febbre viene dominata prontamente nello spazio di due giorni ed i parassiti malarici scompaiono in quarta giornata di cura dal sangue periferico. Insistiamo per 10 giorni di seguito con le iniezioni di chinina, sostituendole poi con la chinina *per os* 0,40 *pro die*. Il quadro morboso emiplegico però rimane invariato per circa venti giorni. La motilità passiva, che in un primo tempo era esagerata (paralisi flaccida), secondariamente diviene più difficile per lo stabilirsi di una ipertonia muscolare (paralisi spastica), con riflessi tendinei accentuati ed accenno a Babinski. Poi lentamente la motilità si ristabilisce nell'arto inferiore e scompare la paresi del facciale. L'arto superiore destro mostra maggiore difficoltà nel ripristino della sua funzione motoria. L'afasia, che nei primi giorni era stata completa (mutismo assoluto), dà luogo in secondo tempo ad una specie di articolazione monosillabica, assomigliante al suono del th inglese. La bambina che prima degli accessi convulsivi parlava con molta vivacità, dimostra poi di comprendere perfettamente le parole che le si rivolgono ma ad esse risponde sempre con quel suono indistintamente articolato. Poi pian piano, come sotto l'influsso di una rieducazione del linguaggio, la bambina riprende a parlare, la funzione motoria ritorna completamente normale e così pure la sensibilità. Il giorno 23 giugno, quando esce dall'Ospedale, essa non presenta più segno alcuno di minorazione del sistema nervoso, i parassiti malarici sono scomparsi e l'ematosi è tornata normale.

Il secondo caso riguarda una bambina: M. Ines di mesi 11, da Grosseto. Nulla nel gentilizio. Nata a termine, lattante al seno materno. Il 20 luglio 1929, in pieno benessere, venne colta improvvisamente da febbre elevata, la quale con larghe remissioni persistette per tre giorni senza essere accompagnata da sintomi speciali. I genitori credettero trattarsi di febbre intestinale e si limitarono perciò a purgare la bimba, senza chiamare un medico. La mattina del 24 la bimba repentinamente ebbe convulsioni tonico-cloniche generalizzate e perciò i genitori la ricoverarono d'urgenza in Ospedale. All'esame obiettivo constatiamo: buono stato di nutrizione, lieve pallore delle mucose visibili, temperatura a 39°. Nulla al torace ed all'apparato cardio-vascolare. Addome poco trattabile: la milza lievemente aumentata di volume, fegato normale. Non si può praticare un esame del sistema nervoso perchè la paziente è in stato di convulsioni generalizzate e subentranti. Pensiamo a tutta prima trattarsi di una forma di eclampsia infantile, ma un esame ematologico praticato dimostra la presenza di numerosi anelli di subterzana. Contemporaneamente una puntura lombare non fece osservare alcuna modificazione apprezzabile nel liquido cefalo-rachidiano. Viene così chiarita la diagnosi di perniciosa malarica a tipo eclampsico. S'inizia immediatamente la terapia chininica, somministrando per via intramuscolare 0,40 di chinina *pro die*. Nei giorni successivi la piccola paziente subisce, con alterna vicenda, dei miglioramenti e peggioramenti. Gli accessi convulsivi tendono ad aggravarsi con impressionanti crisi di spasmi laringei. Il giorno 28 i genitori tolgono dall'Ospedale la bambina perchè vogliono farla morire in casa propria. Quivi invece, ancora per alcuni giorni rimase in uno stato di estrema gravità nonostante il chinino, gli analattici, ecc. Finalmente il 4 agosto, cessate le convulsioni e calmata la febbre, la bambina sembrò avviarsi in convalescenza. L'esame ematologico, che era stato sempre positivo nei precedenti esami, fece notare la scomparsa degli emosporidi di *praecox* il 6 agosto. A carico del sistema nervoso però residuava una emiplegia destra, la quale, completa per i

due arti superiore ed inferiore, era appena accennata a carico del facciale omonimo. Il 7 agosto sospendemmo la chinina per iniezione, iniziando la somministrazione di plasmochina *per os* in dose di 1 ctg. al giorno. La bambina migliorò rapidamente nello stato generale e nell'ematosi, ma fu tenace la persistenza della paralisi spastica, la quale solo lentamente ebbe tendenza a regredire. Emoscopie praticate periodicamente si dimostrarono sempre negative per il parassita della subterzana. Nell'ottobre la bambina era completamente ristabilita e nessun segno residuava a carico del sistema nervoso.

I due casi sopra esposti si prestano a svariate considerazioni d'indole diagnostica e patogenetica. Nei riguardi della diagnosi, all'esame discriminativo di diagnostica differenziale, varie entità morbose si presentavano e prima fra tutte la emiplegia spastica infantile. Con tale nome in verità spesso accade di confondere quei casi che molto probabilmente traggono origine da una lesione flogistica primaria della corteccia cerebrale (la così detta polioencefalite di Strümpell), con quelli che si sviluppano nei bambini in rapporto con malattie acute, ad es., tifo, scarlattina, malaria, ecc.

Nei nostri due casi, se l'esame del sangue non avesse chiarito l'etiologia, avremmo potuto porre con molta fondatezza la diagnosi di encefalite primaria intesa nel senso di Strümpell. Anche la diagnosi di encefalite acuta infettiva poteva essere ammessa in un primo tempo. Però contro tale diagnosi deponeva il reperto di assoluta normalità del liquor cefalo rachidiano, che non presentava i segni di reazione meningea, i quali non mancano quasi mai nelle forme di encefalite e che si traducono in un aumento dell'albumina, degli elementi figurati, ecc.

Terza entità morbosa da porsi in discussione: l'emorragia cerebrale. Ma contro questa diagnosi stava il criterio della frequenza. L'emorragia cerebrale è rarissima nell'infanzia ed anzi alcuni autori la negano addirittura. Inoltre nei nostri casi si ebbe sempre febbre elevata, anche nei giorni precedenti gli attacchi convulsivi, mentre la temperatura nell'ictus apoplettico non è quasi mai febbrile; seppure l'aumento di temperatura segue a distanza di qualche giorno per il riassorbimento dello stravaso sanguigno (la così detta febbre di Charchot). Aggiungasi poi la normale limpidezza del liquor, l'assenza di ipertensione arteriosa, l'assoluta mancanza di fattori morbosi preesistenti che avessero potuto produrre lesioni vasali, e si comprenderà facilmente come la possibilità di una emorragia cerebrale fu da noi esclusa.

Embolia dell'arteria silviana di sinistra. Per ammettere tale evenienza preceduta ed accompagnata da febbre elevata, dovevano esistere e preesistere segni di lesioni endocarditiche o flebite acuta infettiva o qualche ascesso con apertura in un vaso: nulla invece potè constatarsi.

Nemmeno da discutersi la diagnosi generica di meningite contro la quale deponeva l'assoluta mancanza di reperto patologico nel liquor.

La positività invece dell'esame ematologico per i parassiti malarici, la concomitanza degli accessi convulsivi con gli attacchi febbrili, l'avere gli attacchi febbrili preceduto di giorni lo svilupparsi della complicanza nervosa, erano elementi sufficienti per farci ammettere l'efficienza causale della malaria nello sviluppo della sindrome morbosa emiplegica.

Chiarita così l'etiologia malarica della emiplegia, vogliamo spiegarne brevemente la patogenesi.

***

Sono note per gli studi del Marchiafava, Bignami, Bastianelli, ecc. le alterazioni anatomo patologiche che la malaria, specialmente la forma subterzana produce nel sistema nervoso. Nei territori capillari dei vasi cerebrali si ha in un primo tempo un rallentamento della circolazione che può giungere fino alla stasi; la quale dal Laveran fu chiamata trombosi parassitaria, perchè i vasellini rimangono come trombizzati dai globuli rossi parassitiferi. Ciò non può affatto meravigliare, se si considera da una parte lo spiccato tropismo dei plasmodi malarici per il sistema nervoso, e dall'altra si tiene presente lo stato di diminuita elasticità degli eritrociti parassitiferi, la quale impedisce grandemente la progressione dei medesimi nei capillari cerebrali. In tali condizioni gli endoteli subiscono delle alterazioni degenerative secondarie a difetto di nutrizione, le quali divengono ragione nuova di maggiore rallentamento fino alla stasi completa. Come conseguenza della stasi circolatoria può aversi la produzione di emorragie puntiformi, che avvengono per diapedesi attraverso gli endoteli alterati e degenerati. Con tale meccanismo patogenetico noi possiamo benissimo spiegarci la sintomatologia nervosa nei nostri due casi, ammettendo che le sopradescritte alterazioni anatomo-patologiche abbiano colpito tutta la zona rolandica sinistra. In un primo tempo per l'enorme accumulo di parassiti nella zona corticale si sono prodotti fenomeni irritativi della corteccia, i quali hanno dato luogo alla

esplosione degli accessi convulsivi a tipo Jacsoniano, accessi che si sono esacerbati con i successivi attacchi febbrili coi quali coincidevano verosimilmente nuove invasioni parassitarie nei territori dei vasi corticali. Cessate le febbri per azione della chinina, rimase il quadro completo della emiplegia destra, la quale si spiega facilmente ammettendo il blocco temporaneo della funzione delle cellule corticali per difettosa circolazione e nutrizione. Ugualmente si spiega l'afasia ammettendo identiche lesioni vascolari nel centro di Broca. Non può fare meraviglia l'ulteriore favorevole svolgimento della sindrome nervosa, ove si consideri la riparabilità delle lesioni anatomo-patologiche vascolo-nervose. Si deve infatti ammettere che in tutta la zona rolandica sinistra non si sia avuto arresto completo della circolazione, ma solo una deficienza circolatoria, la quale abbia permesso in qualche modo la nutrizione, sia pure parziale. Per azione della chinina poi, troncati gli accessi febbrili, cessata la sporulazione dei plasmodi, ed avutasi la loro distruzione più o meno completa, i capillari trombizzati si sono disostruiti permettendo così il ripristino normale della circolazione cerebrale e con ciò il ritorno della funzionalità corticale. Tale meccanismo etiopatogenetico che ha il suo fondamento nei reperti istopatologici messi in evidenza dai maestri della scuola romana, ha avuto ulteriori conferme dalle ricerche del Durck, il quale, oltre le alterazioni descritte, avrebbe trovato delle alterazioni neoproduttive *perivascolari*, che egli designa col nome di granulomi malarici. Tali lesioni neoproduttive sarebbero state riscontrate anche da altri osservatori (Benda, Weingartner, Seyfarth, ecc.), ma esse hanno bisogno di ulteriori conferme.

Parallelamente alla teoria vascolo-nervosa, che ha la sua base positiva, sta la teoria tossica sostenuta da Schupfer, Queirolo, Dopter, ecc., secondo la quale la genesi delle sindromi nervose deve attribuirsi alla elaborazione di particolari veleni da parte del plasmodio e che avrebbero azione elettiva sul sistema nervoso. Molti rifiutano tale teoria perchè dicono non essere stata ancora isolata una vera e propria tossina malarica, ma questo è argomento soltanto negativo e quindi può avere solo un valore molto scarso. D'altra parte furono osservati vari casi di perniciosa con sindrome nervosa nei quali l'esame anatomo patologico non mise in evidenza reperti vascolo-nervosi d'importanza ed i quali quindi non si spiegano con la sola teoria vascolare. Secondo il nostro avviso la teoria tossica e quella meccanica o vascolare possono benissimo integrarsi a vicenda. Come dice lo Schiassi « la preponderanza in un caso dell'azione tossica non esclude che in altri possa preponderare l'azione diretta dell'infarcimento parassitario, ed è ovvio che se v'è un'azione tossica questa possa essere maggiore quando maggiore è la densità parassitaria ».

Poche parole debbo aggiungere riguardanti la rarità del primo caso di mia osservazione. Le sindromi nervose da malaria sono sempre dovute alla forma subterzana, ed io non ho trovato nella letteratura descritti casi di terzana lieve decorsi con fenomeni nervosi emiplegici.

Vero è che Puccinotti, Villard, Mancini, Granet parlano di febbri terzane e quartane decorse con sindromi nervose, ma tali osservazioni fatte in un tempo precedente alla scoperta degli ematozoi del Laveran debbono essere accolte con molte riserve.

La mia osservazione invece non si presta ad equivoci perchè convalidata da ripetuti esami ematologici in goccia spessa e striscio sottile, i quali dimostrarono sempre la sola presenza di parassiti di *plasmodium vivax*. Nulla di particolare da dire in riguardo alla cura: la chinina, come sempre, si è dimostrata rimedio sovrano nel troncare gli accessi febbrili. I postumi nervosi guarirono lentamente senza bisogno di cura fisica alcuna, ma solo per forza riparatrice naturale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di emiplegia infantile da malaria risolti con la completa guarigione.

In un caso si trattava di febbre subterzana, la quale con relativa frequenza dà luogo a sindromi nervose, mentre nell'altro si rinvenne il plasmodio della terzana lieve. L'A. crede esser questo caso il primo veramente accertato che compare nella letteratura.

BIBLIOGRAFIA.

1. ASCOLI V. *La malaria*. U. T. E. T., Torino, 1915.
2. BERNARD A. et DE TAYRAC. *Paludisme et complications nerveuses*. Journ. des Sc. Méd. de Lille, n. 14, 7 avril 1929.
3. BROOKE. Medico-Tropical. Practice, 2e édition, 1920.
4. CASTELLANI and CHALMERS. *Manual of Tropical Medicine*, 1910.
5. DESCOMPS et QUERCY. Citato da SCHIASSI.
6. FRAENKEL M. Ibid.
7. LAPPONI. *L'emiplegia malarica*. Policl., 1901.

8. Manson P. *Tropical Diseases*, 6th edition, 1919.
9. Marchoux. *Paludisme.* (Traité de médicine de Gilbert et Carnot, 1926).
10. Schiassi F. *La malaria e le sue forme atipiche.* Edizione Cappelli, 1923.
11. Schmidth F. S. W. *Cas de paludisme aigu avec apoplexie cérébrale.* Ann. Soc. Belge Méd. Trop., sett. 1928.
12. Schupfer. *Sopra alcuni disturbi nervosi nei malarici.* Boll. R. Acc. Med., Roma, 1901.
13. Spolverini L. *Emiplegia da malaria in un bambino lattante.* Policlinico, Sez. pratica, n. 51, 1919.

SUNTI E RASSEGNE.

PELLE.

Le malattie cutanee indici di malattie degli organi interni.

(Gaté. *Journal mad. de Lyon*, n. 249, 1930).

In un articolo assai brillante e che si legge con piacere e con interesse l'A. passa in rivista tutte quelle manifestazioni della cute che possono e debbono richiamare l'attenzione del medico sugli organi interni.

Seguiamolo nella sua lunga esposizione.

Prurito: escluse le varie cause parassitarie, si pensi all'obesità, alla gotta, all'insufficienza epatica latente, ai disturbi della funzionalità renale, al morbo di Hodgkin.

Eritema. Non solo le malattie « esantematiche », ben note, ma i disturbi utero-ovarici sono spesso a fondamento di queste *poussées* acneiche (acne rosacea) ineleganti e dolorose.

I geloni, le « livedo », ecc., parlano per uno stato disendocrinico e forse anche per una tubercolosi; gli eritemi emotivi per un distiroidismo; certi eritemi senza causa apparente per disordini del fegato, dei reni; ed esiste una eritrodermia pre-micosica (Kaposi) che porta alle leucemie vere. Le manifestazioni emorragiche, escluso il reumatismo e le grandi infezioni, debbono far pensare al fegato, all'apparato emopoietico e alla tubercolosi.

All'eczema, un tempo di pertinenza esclusivamente dermatologica, si riconosce oggi in molti casi una natura anafilattica: e c'è chi parla di tubercolosi, e chi parla di eredo-lues.

Importantissime le manifestazioni cutanee della sifilide, non quelle secondarie a tutti note, ma quelle terziarie: spesso una piccola placca circinata-tubercolo-ulcerosa, è il segno rivelatore di una sifilide insospettata e ci spiegherà la comparsa di molti disturbi generali. Si ricordino anche le dermatiti pigmentate e purpuriche delle gambe e le forme d'ispessimento del primo metatarso e della prima falange (endomegapiede).

La tubercolosi cutanea non ha in genere la stessa importanza, perchè si manifesta quando le corrispondenti lesioni polmonari sono generalmente già evidenti; in qualche caso però essa è il segno rivelatore del terreno tubercolare.

In connessione con i tumori abbiamo le metastasi cutanee, noduli o placche, dure, aderenti alla cute, violacee, e l'*acantosis nigricans* di Darier, questa singolare manifestazione che si accompagna di solito a qualche neoplasma profondo, in genere dell'intestino.

Talora siamo messi sul sospetto di una leucemia dalla presenza delle leucemidi, piccole tumefazioni molliccie o dure, rosee, senza localizzazioni caratteristiche.

Importanza grande ha pure l'esame delle mucose: bisognerà saper riconoscere le leucoplasie, la glossite sifilitica terziaria, e la cosidetta « lingua fissa », che secondo alcuni va messa in rapporto con uno stato artritico.

Si esaminino con cura gli organi genitali; non solamente il prurito, ma manifestazioni di balanite, di vulvite, ecc. possono indicare la esistenza di un diabete (diabetidi genitali). I solchi ungueali, l'alopecia a chiazze ci faranno pensare alla sifilide.

Concludendo, l'A. riconferma la necessità della collaborazione della medicina interna colla dermosifilopatia e conclude con le parole di Nicolas:

« Non si può essere buoni dermatologi se non si è eccellenti medici ». V. Serra.

Etiologia, terapia e patogenesi del prurigo. Nervi del prurito.

(Schurer-Waldheim. *Wien. Klin. Woch.*, numero 16, 1930).

Nel prurigo il prurito è determinato da sostanze tossiche circolanti nel sangue, provenienti dall'intestino e dal ricambio. Un aumento dell'attività della pelle migliora i sintomi, perchè vengono allora eliminate le sostanze tossiche ed i prodotti acidi del ricambio; perciò la malattia si riacutizza durante l'inverno, migliora nell'estate ed ogni qualvolta si provoca il sudore (sole d'alta montagna, pilocarpina, ecc.). Per la terapia del prurigo è perciò importante oltre a regolare l'alimentazione (dieta povera di albumina, ricca di vitamine) agevolare la funzione emuntoria di tutti gli organi: lo svuotamento regolare dell'intestino, la diuresi, la sudorazione.

Le sostanze dannose circolanti nel sangue vengono eliminate, nella pelle, dai vasi sanguigni dei corpi papillari: in queste regioni esse esercitano uno stimolo su speciali terminazioni nervose, i « nervi del prurito ». L'esistenza di tali nervi speciali è dimostrata da alcuni casi di malattie del sistema nervoso in cui il senso del prurito si dimostrò del tutto indipendente non soltanto dalla motilità, ma anche dalle altre specie di sensibilità. Così in un bambino affetto da paralisi del braccio de-

stro, esito di poliomielite, si sviluppò alcuni anni dopo la paralisi una prurigo ferox che si estese a tutto il corpo tranne che al braccio paralizzato; in questo braccio non venne mai avvertita sensazione di prurito, eppure la sensibilità tattile, termica, dolorifica e le reazioni vasomotorie erano conservate e quasi normali. Evidentemente la prurigo non si può quindi considerare una neurosi vasomotoria, nè ha nulla a che fare con i nervi sensitivi: nell'arto paralizzato non sono comparsi i noduli di prurigo, perchè ivi è mancato il prurito (e lo stimolo a grattarsi) per la paralisi dei « nervi del prurito » paralizzati insieme ai nervi motori e quindi probabilmente anch'essi dalle cellule ganglionari delle corna anteriori del midollo. Se queste ipotesi sono vere, la sensazione del prurito deve rimaner conservata, nonostante la scomparsa delle altre specie di sensibilità, in quelle affezioni del sistema nervoso che, lasciando intatta la sostanza grigia delle corna anteriori, ledono i cordoni posteriori od altre vie o centri della sensibilità. Effettivamente, in due casi di siringomielia in cui erano abolite le sensazioni tattile e dolorifica, si è potuto per mezzo di polveri pruriginose provocare la sensazione di prurito nelle zone di anestesia. Così pure si riuscì a provocare prurito in un caso di tabe, in cui erano quasi abolite le sensazioni termiche, mentre era conservata la sensazione tattile; e così anche in casi di lesioni talamiche con intensi dolori centrali, ed ipoestesia o anestesia per tutte le altre forme di sensibilità.

POLLITZER.

Il problema dell'eczema considerato dal punto di vista etiogenetico.

(G. A. ROST. *Deutsch. medical Wochenschrift*, nn. 7, 8, 9, 1930).

Nello studio delle affezioni cutanee si sono considerati, secondo i tempi, dei punti di vista del tutto diversi. Così, la teoria umorale ha dominato all'inizio del secolo XIX e rimane tuttora viva nel popolo, fra cui sono sempre in voga i « depurativi ». In seguito, la classificazione si è basata soprattutto sullo studio morfologico, che serve ancora per la differenziazione di un certo numero di malattie cutanee.

I dati batteriologici hanno permesso di distinguere qualche gruppo di affezioni che attualmente vengono classificate, qualsiasi la loro manifestazione dermatologica, secondo l'agente eziologico. Più recentemente, si è insistito sull'importanza dei fattori chimici e fisici (irradiazioni) da cui deriva un altro gruppo di affezioni cutanee.

Le moderne ricerche appaiono interessanti perchè stabiliscono la nozione dell'importanza del terreno sul quale agiscono i fattori patogeni.

La soluzione del problema consiste nel determinare quali sono i fattori, di cui l'azione simultanea produce il quadro clinico. Sullo studio di questi fattori, l'A. ha basato una classificazione, partendo dal punto di vista etiogenetico.

In ogni caso clinico, si devono anzitutto considerare i fenomeni tipici, comuni a tutte le forme della malattia: *fattori essenziali.*

Intervengono poi i fenomeni che danno al quadro clinico il suo aspetto speciale, differente in ogni caso, individuale: *fattori accidentali.*

Questi diversi fattori possono essere esogeni od endogeni; i primi meglio conosciuti, gli altri meno bene delucidati. È all'azione di questi fattori che noi dobbiamo il quadro clinico; la morfologia non interviene più, quindi, come elemento essenziale di classificazione ma soltanto come la risultante dei fenomeni patologici determinati dai detti fattori. Ne viene, che anche le modalità evolutive hanno una importanza nella ricerca dei fattori etiologici.

LA NUOVA CLASSIFICAZIONE.

Si mettono in un primo gruppo, le affezioni ad agente eziologico noto; è però della massima importanza lo studiare anche in questo gruppo l'influenza dei fattori endogeni, fin qui troppo trascurata. Questo gruppo di affezioni a fattore predominante esogeno costituisce le *dermatiti*, di cui le suddivisioni sono stabilite, non già secondo l'aspetto morfologico, ma secondo l'intervento dei fattori endogeni.

Il secondo gruppo comprende le lesioni che sembrano derivare soprattutto da fattori endogeni, nelle quali, la reazione cutanea, qualunque si sia il suo aspetto sarebbe essenzialmente condizionata da alterazioni viscerali funzionali od organiche. Tali sono, p. es., le manifestazioni cutanee dei diabetici, senza tener conto dell'eziologia del diabete stesso (sclerosi endogena pancreatica, infezione esogena sifilitica del pancreas, ecc.). Così pure, affezioni cutanee congenite ed ereditarie rientrano in questo gruppo delle *dermopatie*.

Mentre le dermatiti, lesioni cutanee razionali, sono generalmente passeggere, acute e curabili, le dermopatie, dovute a modificazioni cellulari, dei tessuti ed umorali profonde, costituiscono di solito delle affezioni croniche e recidivanti.

Alcune lesioni, poi, ancora mal conosciute potranno essere ascritte provvisoriamente all'uno od all'altro di tali gruppi.

DERMATITI ED ECZEMA.

Per meglio chiarire il problema etiogenetico dell'eczema, è necessario determinare quali

sono i fattori esogeni ed endogeni che condizionano il quadro morfologico dell'eczema e ne determinano l'evoluzione. Da questo gruppo, vanno eliminate anzitutto le lesioni che dipendono da fattori endogeni noti, qualunque si sia la loro morfologia: le eczematidi, gruppo abbastanza esteso e che verrà ad aumentare in base a ricerche più precise. Rimangono poi ancora degli eczemi, di causa endogena ancora mal nota, ma in numero abbastanza ristretto. Gli eczemi da causa esogena sono confusi a torto con le dermatiti tossiche, reazioni cutanee determinate da agenti esterni su delle pelli sensibili.

L'evoluzione permette una differenziazione che la sola morfologia non autorizzerebbe sempre: le dermatosi tossiche guariscono con la soppressione della loro causa, mentre l'eczema, anche se provocato da un'influenza esogena permane ugualmente e si riproduce sotto influenze variabili; esiste, in quest'ultimo caso uno stato cellulare speciale che è la *disposizione*, la quale dimostra l'esistenza di una base endogena dell'affezione.

Questo stato dell'organismo può essere contrassegnato da stigmate, che indicano il terreno costituzionale patologico. Questo, in verità, per l'eczema è mal precisato; il che non toglie che alcune proprietà cutanee degli eczematosi stabiliscano una personalità biologica di eczematizzazione la quale succede alla dermatite tossica ed indica l'esistenza di uno stato virtuale di eczema, di una disposizione speciale, probabilmente ereditaria. Trattasi, forse, non già di una modificazione umorale, ma di uno stato delle cellule cutanee, specialmente epidermiche, e delle terminazioni nervose, che spiegano le predisposizioni regionali e la frequente simmetria. Differenze cellulari che, per l'attuale imperfezione dei nostri metodi di ricerca, non si possono dimostrare.

Gli stessi fattori esogeni che determinano la comparsa delle dermatiti tossiche possono, se esiste la disposizione, essere all'origine dell'eczema vero. In certi casi, poi, l'azione ripetuta della causa esogena potrà modificare il terreno cellulare e creare il terreno regionale dell'eczema ormai reso definitivo.

Ne viene che, nel caso delle dermatiti tossiche, l'elemento primordiale è esogeno ed i fattori endogeni rimangono accessori. Invece, l'eczema vero dipende essenzialmente dai fattori endogeni, sia che questi siano soli in causa, sia che gli elementi esogeni intervengano per determinare le lesioni o, più raramente, abbiano parte nel determinismo regionale della sensibilità patologica.

La morfologia delle lesioni è variabile; sicchè le lesioni eritemato-vescicolose di aspetto polimorfo possono aversi indifferentemente nell'uno e nell'altro gruppo di affezioni caratterizzate dalla loro evoluzione e dal loro modo di reagire alla terapia.

Gli eczemi veri costituiscono un gruppo abbastanza ristretto destinato ad essere disgregato a profitto dei gruppi vicini, man mano che progredirà la tecnica delle ricerche.

GLI ECZEMATIDI.

In questo gruppo importante, che comprende pure delle lesioni di aspetto morfologico variabile, rientrano le affezioni di origine endogena primaria; in esso è utile stabilire dei sottogruppi caratterizzati dalla loro eziologia; ognuno di essi è definito da uno *stato*, dal terreno speciale costituito dall'insieme di stigmate.

1) *Eczema premicosico*, classificato in modo provvisorio e senza prova assoluta, fra gli eczematoidi; possono essere discussi i suoi rapporti con il morbo di Hodgkin.

2) *Dermatopatie cianotiche*, od eczematoidi varicosi o vasomotori: cianosi delle gambe con sudorazione e, talora fenomeni infiammatori od ulcerativi, che hanno in individui varicosi; lesioni consecutive alla stasi circolatoria, che costituisce lo stato varicoso.

3) *Eczema seborroico*, con le sue stigmate ben note: ipertrofia e moltiplicazione delle ghiandole sebacee, specialmente in certe regioni dove predominano le lesioni eczematose, sensibilità speciale della pelle in queste stesse regioni. Fra gli altri fattori eso- od endogeni male precisati, si deve ammettere forse una partecipazione delle ghiandole sudoripare.

4) *Eczematidi essudativi*, specialmente frequenti nei bambini, ma che possono aversi anche nell'adulto. Il loro polimorfismo li ha fatti rientrare finora in una serie di gruppi differenti: eczema secco, prurigo diatesica, prurigo asmatica, ecc.

L'eosinofilia, la linfocitosi sanguigna, la diminuzione del potere di combinazione del sangue con l'acido salicilico, l'ipoglicemia costituiscono le principali stigmate biologiche e chimiche di questo stato, come pure il dermografismo, i disturbi vasomotori, le alterazioni funzionali endocrine, la sensibilità cutanea agli allergeni.

5) Gli *eczematidi uricemici*, ancora poco studiati.

6) Gli *eczematidi scrofolosi*. In questi, il fattore esogeno, il bacillo di Koch si sviluppa su un terreno speciale: stato linfatico, in cui un'iniezione piococcica ha modificato gli organi linfoidi rino-faringei. Ne risulta una particolare sensibilità dei gangli, i quali reagiscono alla superinfezione bacillare con infiammazione e suppurazione e non già con la caseificazione. Anche la pelle è modificata e si hanno lesioni di un tipo speciale, alla bocca, al naso, alle orecchie.

L'A. ritiene che questa classificazione di un nuovo tipo possa aprire la via a nuove e feconde ricerche. *fil.*

SANGUE.

L'anemia fisiologica della gravidanza.

(BLAUD, GOLDSTEIN e FIRST. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, giugno 1930).

Gli AA., avendo già studiato il sangue di 300 donne gravide ed avendo osservato in circa la metà dei casi diminuzione del numero degli eritrociti e della quantità di emoglobina, vollero estendere le ricerche ad un migliaio di casi. Lo studio fu fatto in donne povere ma sane.

Il primo a osservare una riduzione degli eritrociti in gravidanza fu il Nasse nel 1836. Oltre l'anemia fisiologica, in gravidanza si possono avere due altri tipi di anemia: a tipo pernicioso e emolitica. C'è anche un'anemia del puerperio.

Gli AA. notarono su 1000 donne gravide (senza tener conto del periodo della gravidanza) 474 (cioè 47,4 %) con anemia grave o modica e soltanto 161 (16,1 %) con più di 4 milioni di eritrociti. Su 121 donne esaminate nei primi 2 trimestri di gravidanza il 34,7 % presentava segni di anemia di vario grado, mentre su 722 esaminate il 56,7 % aveva anemia di vario grado e su 157 esaminate durante il parto il 21,7 % aveva eritrociti al disotto di 3.600.000.

Su 586 casi esaminati il tasso emoglobinico era del 70 % o meno nel 58,6 % e solo nel 12,9 % era al disopra di 80; con poca differenza percentuale di riduzione del tasso emoglobinico fra primipare e multipare. Non ci furono differenze rispetto all'età delle donne gravide.

Microscopicamente furono notati anisocitosi, policromatofilia e poichilocitosi. In tutte l'indice colorimetrico era inferiore a 1.

Per quanto riguarda il decorso dell'anemia durante la gravidanza su 100 donne esaminate 55 avevano più di 3.500.000 eritrociti e presentarono al termine della gravidanza diminuzione di 200.000 e più globuli rossi, mentre sulle 45 anemiche solo il 28 % presentava questa diminuzione al termine della gravidanza.

Immediatamente dopo il parto si notò che su 106 donne con anemia nel 16 % si aveva ulteriore riduzione degli eritrociti mentre nel 58,4 % si aveva un aumento, e su 94 donne con eritrociti normali si aveva nel 73,4 % una notevole riduzione. Nel 72,6 % delle 106 anemiche erano notevolmente migliorate 7-10 giorni dopo il parto.

Su 60 donne esaminate durante la gravidanza e 6 mesi dopo il parto, solo in 4 l'anemia non era guarita; nei riguardi dell'emoglobina si ebbe il 95 % di aumento 6 mesi dopo il parto.

Discutendo questi dati, gli AA. ritengono che ben poca influenza hanno sulla gravità dell'anemia focolai infettivi dentari, tonsillari e delle vie urinarie; lo stesso si può dire della sifilide. La causa specifica dell'anemia secondaria della gravidanza rimane sconosciuta. Ci sono in proposito varie teorie: secondo Andral si tratta di una clorosi, secondo Kiwish, Wilcocks e altri si tratta di un'idremia (quindi di apparente oligocitemia), secondo Peter, Fehling, Meyer e Schroeder dipende da alimentazione insufficiente, secondo Hofbauer si tratta di distruzione del sangue materno da emolisina sinciziale delle cellule ectodermiche del corion.

In alcuni casi di anemia in gravidanza (e precisamente nei casi in cui l'anemia non scompare alcuni mesi dopo il parto) si tratta probabilmente di anemia preesistente alla gestazione.

R. LUSENA.

Radioterapia nelle malattie del sangue.

(JAGIC e SPENGLER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 23, 1930).

Non esistono finora osservazioni abbastanza numerose sui risultati ottenuti con la radioterapia nelle leucemie e nelle linfogranulomatosi, nè confronti tra l'efficacia della radioterapia e quella della roentgenterapia. Gli autori irradiano soprattutto la milza, le linfoglandole ingrossate, il fegato. La sostanza radioattiva veniva collocata su una piastra di sughero in modo da trovarsi alla distanza di 1 cm. dalla superficie del corpo. In generale si applicavano 100-200 milligr-element-ore.

I pacchetti glandolari vengono irradiati nella loro totalità da una, al massimo da due posizioni. Per l'irradiazione della milza occorrono almeno 3, se essa è molto ingrandita fino a 6 campi, in quest'ultimo caso, 2 campi anteriori, 2 laterali, 2 posteriori. Analogamente si procede per il fegato. Si irradia a serie, irradiando ogni campo per 2, al caso anche per 3 volte. In tutti i casi, rigorosissimo controllo ematologico.

Nelle mielosi leucemiche così trattate, sia il volume della milza che il numero dei leucociti regredivano solo lentamente; gli elementi patologici non scomparivano dal sangue, neppure nei casi in cui il numero dei leucociti era già basso. Molto notevole era invece il miglioramento delle condizioni generali e dell'appetito, e la rapida scomparsa della febbre. Volume della milza e numero dei leucociti continuavano a ridursi ancora varie settimane dopo l'ultima irradiazione. L'irradiazione era sopportata molto bene anche nei casi avanzati con febbre, cachessia ed anemia. In complesso dunque, azione più lenta e meno intensa che con la röntgenterapia, e remissione più breve; però miglioramento più rapido delle condizioni generali e assenza di fenomeni concomitanti molesti.

Nelle mielosi aleucemiche e subleucemiche la radioterapia ha forse dei vantaggi di fronte alla röntgenterapia, perchè essa agisce meno intensamente sul numero dei leucociti. Si ottiene un rapido miglioramento delle condizioni generali e dell'anemia e un impiccolimento della milza.

Nelle linfomatosi leucemiche, rapido impiccolimento delle glandole ingrossate e miglioramento dello stato generale; si osserva anche un'azione a distanza, una riduzione del tessuto linfatico non direttamente irradiato; scarsa azione sulla linfocitosi.

Nella linfogranulomatosi non troppo avanzata, rapido miglioramento delle condizioni generali, pronta riduzione del volume delle glandole ingrossate.

Un vantaggio non trascurabile della radioterapia è che essa può venir eseguita a domicilio del paziente; per questa ragione e perchè essa migliora rapidamente la stato generale, deve preferirsi alla röntgenterapia nei casi molto avanzati, con cachessia ed anemia profonda. È invece da preferirsi la röntgenterapia se è necessario ridurre rapidamente tessuti linfatici ingrossati, p. es., dei tumori mediastinici che comprimono le vie aeree. Pollitzer.

EREDOLOGIA.

Basi della dottrina dell'eredità umana.

(G. Just. *Munch. Mediz. Woch.*, n. 22 e 23, 1930).

Lo studio dell'ereditarietà nell'uomo non si può limitare a stabilire la trasmissione delle qualità attraverso le generazioni. Infatti vengono ereditate non già le « qualità », bensì le disposizioni: dipende poi da diversi fattori, se dalla disposizione si svilupperà oppure no la qualità. Cómpito dello studio dell'ereditarietà umana è stabilire le leggi che regolano la trasmissione delle disposizioni, o, per essere più esatti, dei « Geni » cui esse sono legate. Queste leggi sono in parte già chiarite, in gran parte ancora oscure. Anche per quelle perfettamente chiarite, si è stabilito soltanto in che modo un determinato « gene » venga trasmesso da un individuo alle generazioni successive; non si è studiata invece la parte più importante, il modo e le condizioni cioè che fanno uscire dal « gene » la qualità, e proprio una determinata qualità individuale con le sue speciali particolarità qualitative e quantitative.

Le condizioni principali che influenzano i rapporti tra i « geni » e le « qualità » che ne derivano, sono 4. Anzitutto ogni « gene » trova un rinforzo in un altro « gene » la cui attività si esplica sulla qualità identica. Di questi 2 « geni », che formano insieme un paio di « geni » « alleli » (o « allelomorfi ») di solito uno si eredita dal padre, l'altro dalla madre. In secondo luogo questo paio di « geni » può agire soltanto in rapporto a tutte le altre particolarità ereditarie, cioè al « genotipo ». In terzo luogo, il genotipo tutto è in rapporto con lo stato della cellula o dell'essere policellulare che lo porta in sè. Infine, sia la cellula che l'organismo policellulare risentono l'influenza dell'ambiente.

I « geni alleli », possono essere tra loro eguali oppure diversi. Prendendo come grossolano esempio di qualità diverse, le qualità « sano » e « ammalato », un individuo può aver ricevuto da ciascuno dei genitori una disposizione normale S, oppure da ciascuno una disposizione anormale A, o infine da uno dei genitori una disposizione S, dall'altro una disposizione A. L'uovo fecondato (il « zigote ») avrà quindi o due « geni » diversi per la stessa qualità, sarà cioè « eterozigote », (l'individuo eterozigote che si sviluppa da un tale uovo si potrà designare come S A) oppure l'individuo sarà « omozigote », avrà cioè due « geni » eguali, S S, oppure A A.

Naturalmente gli individui SS saranno sani, gli individui AA saranno ammalati. Se gli eterozigoti che portano una disposizione patologica sono sani, se cioè la disposizione A, associata a quella S, non si sviluppa, si chiama quest'ultima dominante mentre quella patologica si dice recessiva. Se invece l'eterozigota AS, non è normale, bensì ammalato, la disposizione patologica A, è quella dominante. Chiameremo da ora in poi le qualità dominanti D, le recessive R, indifferentemente quale sia la normale e quale la patologica. Disposizioni recessive sono p. es. quelle all'albinismo, al sordomutismo costituzionale, all'epilessia mioclonica; disposizioni dominanti, quelle alla brachifalangia, alla cheratosi palmare e plantare, alla poliuria, ad una forma speciale di emeralopia, alla malattia di Huntington. Una delle caratteristiche principali dell'eredità dominante è nei casi tipici la discendenza diretta del portatore di una qualità da un portatore della stessa qualità. Se è dominante una qualità patologica, i portatori eterozigoti di questa (DR) sposano nella maggior parte dei casi individui normali rispetto a quella qualità (RR), e procreano accanto a figli normali (RR) figli eterozigoti ammalati (DR). Le disposizioni ereditarie patologiche dominanti, ci sono note soltanto nella loro forma eterozigota. Infatti i « geni » dominanti, che già in combinazione eterozigota determinano qualità patologiche o malattie, in combinazione omozigota rendono di solito impossibile la vita (fattore letale). Si conosce un esempio di matrimonio tra due eterozigoti affetti da accorciamento simmetrico degli indici: di due figli, una era un mostro non vitale, privo delle dita alle mani e ai piedi, e con anomalie di tutto il sistema scheletrico.

L'eredità recessiva è invece caratterizzata dal fatto, che dalla disposizione si manifesta

la qualità soltanto negli omozigoti: gli individui DR sono invece sani.

Perciò le manifestazioni esterne della salute (il « fenotipo ») non escludono affatto la presenza di disposizioni patologiche nella massa dei « geni » (« genotipo »). Così da un matrimonio fra due individui sani possono nascere dei figli ammalati se ciascuno dei due genitori è un eterozigota che possiede la stessa disposizione patologica R: 1/4 dei figli saranno omozigoti RR e quindi ammalati. Se invece un tale eterozigota DR si unisce con un sano omozigota DD, tutti i figli sono sani: la metà di essi però possiedono latente la disposizione patologica DR, la disposizione patologica può così passare latente di generazione in generazione fino a che una unione con un altro individuo DR determina la malattia manifesta. Esistono disposizioni recessive che si trasmettono soltanto attraverso individui eterozigoti, mai attraverso individui omozigoti: sono i così detti « geni letali » che negli omozigoti determinano la morte precoce. Appartiene a questo gruppo la ittiosi congenita. Naturalmente nei matrimoni tra consanguinei aumenta di molto la probabilità dell'incontro di due stesse disposizioni patologiche latenti. Sarebbe molto importante trovare dei dati obbiettivi che permettessero di riconoscere negli individui sani eterozigoti la presenza di disposizioni patologiche latenti. In questo campo tutto è ancora a farsi; si è p. es. potuto constatare che nelle donne conduttrici dell'emofilia si riscontrano anomalie della coagulabilità del sangue.

L'ereditarietà dominante e recessiva presentano caratteristiche speciali quando esse sono legate ai così detti « geni » legati al sesso. Sappiamo oggi con quasi sicurezza che il sesso maschile porta due specie di spermatozoi, quelli che danno luogo a maschi e quelli che danno luogo a femmine. Questa specie di trasmissione del sesso è legata ai così detti cromosomi X che nella donna sono presenti in numero di due, nell'uomo in numero di uno: ogni ovulo femminile possiede perciò uno di questi cromosomi X mentre nell'uomo solo la metà degli spermatozoi ricevono un tale cromosoma X, l'altra metà ne è priva. Nella fecondazione se l'ovulo è fecondato da uno spermatozoo contenente il cromosoma X risulta un individuo femminile, se da uno spermatozoo che non lo contiene, un individuo maschile.

Tutti quei « geni » i quali sono legati al cromosomo X seguono naturalmente nella loro ereditarietà la distribuzione di questi cromosomi. Una tale ereditarietà legata al sesso può essere dominante oppure recessiva. Dominante è p. es. nella cheratosi follicolare, recessiva, nella cecità rosso verde, o in una forma speciale di cecità notturna legata a miopia. Nell'emofilia, anche legata al sesso, la doppia dose del « gene » emofiliaco ha azione letale, le donne sono perciò conduttrici ma mai emofiliche.

In pratica, dominanza e recessività sono concetti non così assoluti come finora si è detto, ma molto più relativi; infatti lo stesso « gene » può essere dominante oppure recessivo a seconda del « gene » « allelo » che gli si associa. Così un « gene » A2 può essere recessivo se esso si associa con A1 in un eterozigota A1 A2, mentre esso sarebbe dominante se si associasse ad A3 in un eterozigota A2 A3. È probabile che la visione normale dei colori sia legata ad alleli multipli; forse si dimostrerà la stessa cosa per l'ereditarietà dei gruppi sanguigni.

Esistono dei « geni » che indipendentemente da tutti gli altri, seguono la loro via attraverso le generazioni. Altri « geni » invece si ereditano associati. Ci sono altri « geni » che oltre ad agire su un solo determinato processo, influiscono anche su altri processi molto diversi: si può parlare di una « azione polifena » dei « geni ». Così p. es., un gene speciale recessivo subletale nello stato omozigota agisce nel cane danneggiando diversi organi: forte diminuzione della pigmentazione cutanea, disposizione a malattie, malformazioni oculari, spesso cecità e sordità. Generalizzando questa azione « polifena » dei « geni » si può dire, che ogni singolo « gene » oltre ad agire su una determinata manifestazione, influenza tutto il complessivo « fenotipo »: inversamente si può dire, che lo sviluppo di ogni singola caratteristica è subordinato non soltanto al « gene » per essa specifico, bensì all'intero « genotipo ». Anche influenze ambientali agiscono sui « geni ». I rapporti tra ambiente e individuo sono però complicati; infatti sul processo di sviluppo dell'individuo possono veramente agire soltanto quei fattori ambientali, i cui stimoli l'individuo può ricevere in merito alle sue proprietà recettive specifiche. Tra tutte le influenze ambientali l'individuo si può dire che scelga alcune, formandone il suo ambiente individuale, soggettivo. Il modo e il grado in cui l'ambiente influenza l'individuo sono perciò in alto grado dipendenti dalle disposizioni specifiche ereditarie e non soltanto dagli stimoli ambientali obbiettivi.

Finora si è parlato dei « geni » come se essi fossero immutabili; in realtà però essi si trasformano, si modificano, per i processi di « mutazione » o di « idrovariazione ».

Varie sono le cause capaci di determinare queste mutazioni: così si è potuto dimostrare sulla piccola mosca « Drosofila », che i raggi Roentgen e così pure le alte temperature riescono a determinare delle mutazioni. È possibile che nell'uomo l'irradiazione con i raggi Roentgen, l'alcool ed altri danni culturali possano determinare delle mutazioni di « geni » e quindi la comparsa di nuove particolarità patologiche ereditarie.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

GIOVANNI GALLI. *Le neurosi del cuore e dei vasi sanguigni e loro cura.* Soc. Ed. Libr. Milano, 1930. L. 50.

Con questo suo libro il Galli, noto studioso delle malattie dell'apparato cardiovascolare, porta un contributo di grande interesse alla conoscenza delle modificazioni funzionali dell'attività del cuore e dei vasi.

Alla prima parte — di natura generale, ricca di cenni storici e densa di concetti fisiologici svolti secondo le più moderne vedute — seguono in ordine: la trattazione della tachicardia, delle extrasistoli, e i capitoli interessanti ed originali sulla neurosi mitralica (il morbo X di Mackenzie) e sull'arteriopalmo.

Vengono poi esposte tutte le modificazioni della funzionalità dei vasi centrali e periferici, ed un capitolo di considerazioni psichiche e morali chiude il lavoro.

L'argomento, di per sè interessante, è stato trattato dal Galli in modo così brillante e geniale che il lettore non avverte mai noia o difficoltà nella lettura che è a un tempo piacevole, piana e densa d'istruzione.

Ma l'istruzione non pesa: l'intercalare continuo di esempi, tutti interessanti, le citazioni sempre giuste, gli aneddoti gustosi rendono quest'opera, di sicuro valore scientifico, divertente come un romanzo.

Lodiamo altresì il sistema che l'A. ha seguito, di far precedere le principali notizie anatomo-fisiologiche al trattamento dei singoli argomenti.

Tutti i lati del complesso problema, quello medico, quello medico-legale, quello infortunistico e quello psichico sono stati considerati e trattati.

L'argomento della cura è ampiamente svolto.

Concludendo il libro del Galli, scritto da persona di larga esperienza e di mente geniale, merita ed avrà il migliore successo.

A. POZZI.

H. VAQUEZ *Malattie del cuore.* Trad. italiana sulla 2ª francese. Vol. in-8° di pagg. 190 con 139 fig. Un. Tip. Ed. Torinese. Torino, 1929. L. 60.

È sempre il migliore trattato di cardiologia moderna che la bibliografia francese offre ai cultori di questa branca della medicina; il noto prestigio dell'A. d'altra parte rende superflua qualsiasi parola di presentazione o di encomio.

Questa nuova edizione italiana, a cura del prof. Ferrio, e che l'Un. Tip.-Ed. Torinese presenta in bella veste tipografica, avrà anche essa certamente, al pari delle altre, rapida diffusione e contribuirà alla affermazione delle idee della scuola francese di cardiologia.

A. P.

HESS. *Die Regulierung des Blutkreislaufes.* Un vol. di pag. 162, Edit. G. Thieme, Lipsia, 1930. M. 12.

La regolazione della circolazione sanguigna avviene grazie a un meccanismo complesso in cui i vari fattori hanno una importanza che varia a seconda del bisogno richiesto. La più importante è la funzione capillare che a sua volta dipende dal sistema arterioso e venoso. Il cuore, che dal punto di vista fisico sta come organo d'importanza principale nella circolazione, dal punto di vista della regolazione del circolo ha una importanza molto minore del sistema dei capillari.

Nel suo libro l'A. si prefigge il cómpito di delucidare il meccanismo complesso della regolazione del circolo su queste basi.

Numerose figure, in parte a colori.

VALDONI.

R. TOURNAY. *Les varices.* Un vol. in-32°, di 264 pag. con 22 fig. N. Maloine, Paris, 1929. Prezzo Fr. 20.

Il trattamento delle varici con le iniezioni sclerosanti si è ormai affermato ed è passato nella pratica, offrendo esso una certa facilità di applicazione e, molto spesso, dei buoni risultati.

L'A., dopo un'introduzione sull'anatomia, fisiologia e sintomatologia delle varici, si occupa della tecnica del trattamento con le iniezioni sclerosanti, dell'andamento della cura, delle indicazioni e controindicazioni, dei diversi incidenti a cui esso può dar luogo, del trattamento delle complicazioni; il tutto esposto con chiarezza e precisione. Segue una ricca ed interessante casistica.

fil.

V. PAUCHET-A.BÉCART. *Transfusion du sang.* 2ª Edizione, pag. 166, con 91 figure. G. Doin. Paris, 1930.

La prima edizione del volumetto di Pauchet-Bécart si è esaurita rapidamente, indice del favore incontrato. Anche qui vi troviamo lo stile brillante e l'esposizione chiara che caratterizza le opere di Pauchet, la ricchezza del dettaglio e l'abbondanza delle illustrazioni.

Nella parte generale è trattato dell'indicazione alla trasfusione, delle nozioni sulla omogeneità sanguigna e delle prove con cui viene ricercata. Segue l'esposizione di una tecnica personale con la siringa a pistone autovasellinatore e una appendice in cui sono descritte le tecniche più conosciute di altri autori.

VALDONI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 10 luglio 1930.

Idronefrosi da vasi anomali.

Dott. V. LOZZI. — L'O. riferisce su 18 casi di uronefrosi causati dall'angolazione o compressione del tratto iniziale dell'uretere o dell'unione pelvi-ureterica determinata dalla presenza di vasi renali aberranti. Riferisce brevemente sulla sintomatologia, diagnosi e cura e poi ricorda i due ultimi casi, che presentavano un interesse speciale, il primo per la sintomatologia rappresentata quasi esclusivamente da una ematuria abbondante, il secondo perchè l'ostacolo al deflusso dell'urina dipendeva da un decorso anomalo dei vasi utero-ovarici.

Metodo semplice per la diagnosi e l'identificazione del micete nelle micosi dell'orecchio. Prova della striscia di garza.

Prof. R. MOTTA. — Il metodo consiste nel mettere nel condotto uditivo esterno una striscia di garza bianca sterile. Dopo 24 ore questa viene ritirata e, se non presenta modificazioni di colorito, si rimette dentro l'orecchio per altre 24 ore. Nelle micosi la garza cambia colore nella porzione profonda per sviluppo degli elementi fruttificati del fungo. Allora si taglia un pezzettino di garza nella parte colorata, si monta in glicerina e si guarda al microscopio per osservare il micete nei suoi particolari.

Il resto della garza si pone in una provetta sterile, dove il fungo continuerà a svilupparsi. Questo metodo largamente provato dall'O. risponde ottimamente: è semplice, non richiede mezzi culturali, evita la possibilità che il micete possa cambiare aspetto (come talora accade nei passaggi in terreni di coltura artificiali), permette di osservare direttamente il micete sviluppatosi a contatto con la garza.

Il significato del quadro di coagulabilità e del tempo di emorragia del sangue nella diagnosi di cancro e di ulcera dello stomaco.

Dott. C. FILIPPA. — L'O. apportando una modificazione al metodo di Fonio, ha studiato il tempo di emorragia e di coagulazione su 19 casi di cancro ed in 36 casi di ulcera gastrica prima e dopo l'intervento. Conclude contrariamente a precedenti ricercatori che non esiste differenza tra i due strati morbosi prima dell'intervento, mentre invece, un aumento avviene dopo gli interventi stessi.

La batteriofago-terapia nelle infezioni piogeniche localizzate.

Dott. G. PACETTO. — L'O. ha curato col batteriofago di D'Herelle per iniezioni locali 36 casi di infezioni piogeniche localizzate e riguardanti foruncoli, antraci, patereci, idrosoadeniti, ascessi, flemmoni, mastiti.

In 30 casi (88,2 %) il successo fu completo dopo 1-3 iniezioni e la guarigione si ottenne in un tempo variabile da 2 a 10 giorni senza iniezioni, 2 casi furono perduti di vista dopo la prima iniezione. Solo in 4 casi (11,8 %) il processo suppurativo pur resistente al batteriofago e necessario quindi l'intervento chirurgico.

In nessun caso potè constatare un peggioramento in seguito alla cura col batteriofago.

Data l'innocuità del metodo e la forte percentuale di risultati buoni l'O. stima che il metodo andrebbe preso in seria considerazione e meriterebbe una maggiore diffusione.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 22 giugno 1930.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

Due nuovi casi di dissenteria amebica nel Cesenate.

PLACUCCI P. (Cesena). — L'O. illustra due nuovi casi di dissenteria amebica nel Cesenate, osservati nell'Ospedale « M. Bufalini » in questi ultimi anni. Sostiene l'origine autoctona di essi, ed insiste sulla necessità di un'intima collaborazione fra ufficiali sanitari e medici pratici, allo scopo di svelare eventuali focolai d'infezione.

Metodo personale plastico per la cura chirurgica delle emorroidi.

SOLIERI S. (Forlì). — Passati in rivista i vari processi cruenti di cura della molesta infermità, ed esposte le manchevolezze di essi per cui si ha non di rado risultato incompleto, che scredita l'intervento chirurgico, descrive il metodo che egli usa da molti anni con esito completo e duraturo, senza stenosi o prolassi della mucosa. Tale metodo consiste nella escissione sul contorno dell'ano divulso di 3 o 4 losanghe romboidali, di cui il triangolo interno porta via i gozzi emorroidari nel campo mucoso (cioè gli interni) ed il triangolo esterno i gozzi e noduli esterni. Tra l'una e l'altra losanga, quando occorre, si può fare sulla parte mucosa una punta di fuoco. A guarigione avvenuta la regione anale è perfettamente regolare e liscia, percorsa da tre o quattro cicatrici lineari raggiate, che, sorpassato l'anello sfinterale continuano in alto sulla mucosa. I particolari della tecnica sono dimostrati da figure.

Della utilità di un apparecchio per la cura delle fratture dell'omero.

ORTALI O. (Ravenna). — Presenta ed illustra un suo apparecchio in metallo leggero (alluminio) per l'immobilizzazione delle fratture dell'omero.

Tale apparecchio è costituito di tre branche a doccia; *una* di maggiori dimensioni, verticale, branca di sostegno, all'emitorace corrispondente alla frattura a mezzo di cinghie; la *seconda*, orizzontale che dà appoggio al braccio fratturato; e la *terza* trasversale che riceve e fissa l'avambraccio. Tali branche essendo articolate fra loro, godono di una certa indipendenza di movimenti, e rendono perciò l'apparecchio adattabile per qualsiasi tipo di frattura riducibile incruentemente ed anche per quelle che richieggono posizioni speciali dell'arto ad es. con accentuata abduzione e rotazione esterna.

L'apparecchio è munito inoltre di un congegno per la trazione sull'arto, continua e misurata.

L'apparecchio secondo l'O. è raccomandabile per le seguenti ragioni: 1) è di facile applicazione e può essere adottato sia come apparecchio provvisorio, in primo tempo, che come apparecchio definitivo nelle fratture ridotte incruentemente o cruentemente; 2) è adattabile a qualsiasi tipo di frattura potendo esso assumere tutte le posizioni richieste nei casi speciali; 3) permette il controllo radiografico essendo l'alluminio in lamine non spesse attraversabile dai raggi X. E permette inoltre, sotto la visione di questi, di poter eseguire in casi di riduzione insufficiente della frattura, delle manualità sull'arto onde ottenerne la riduzione completa, senza che per questo vi sia bisogno di togliere l'apparecchio.

Contributo alla cura sclerosante delle varici secondo il metodo Schiassi.

NICOLINI M. (Santarcangelo). — L'O. dopo aver ricordato i principii fondamentali e la tecnica del *metodo Schiassi* per la cura delle varici dell'arto inferiore, espone i risultati intorno a 35 casi, operati dal prof. Franchini nell'Ospedale di Santarcangelo. Mette in evidenza la semplicità della tecnica, la innocuità della soluzione adoperata dimostrandone la sicura efficacia specie in quei casi di flebectasie idiopatiche numerose e voluminose (con tutti i fenomeni morbosi inerenti ai gradi molto elevati di iperemia passiva) e sistematizzate al territorio della safena. Dei 35 casi, 16 guarirono stabilmente, 18 notevolmente migliorarono, 1 recidivò.

Ricerche sulla cutireazione tubercolinica contemporaneamente bilaterale.

CIVALLERI I. e CERONI S. (Faenza). — Gli OO. riprendendo e modificando le ricerche sulla cutireazione regionale, hanno studiato, nei tubercolosi pleuro-polmonari, il comportamento della cuti- e della intradermo-reazione tubercolinica praticate comparativamente e simmetricamente ai due avambracci, in rapporto alla sede monolaterale esclusiva o prevalente delle lesioni viscerali specifiche.

Per quanto riguarda la cutireazione, hanno ottenuto nel 68 % dei casi esaminati una più evidente reazione all'avambraccio che corrisponde al lato in cui prevale od ha sede esclusiva la lesione. Per l'intradermoreazione invece, nella grande maggioranza dei casi (94 %) l'intensità reattiva dei due avambracci è uguale nonostante la monolateralità del processo morboso pleurico polmonare tubercolare.

Gli OO. mettono in rilievo questa differenza di comportamento tra le due prove cutanee tubercoliniche, ed affacciano ipotesi sull'interpretazione dell'interessante per quanto oscuro fenomeno.

Ulteriore diffusione di casi di linfogranuloma venereo (Malattia di Nicolas e Favre) - Alcuni appunti di terapia dell'affezione.

GIUGNI F. (Lugo). — L'O. riferisce su 12 casi verificatisi nei mesi di gennaio-marzo nel Lughese dove non era affatto nota prima d'ora la malattia, mentre si aveva notizia di un nucleo epidemico recente a Faenza.

Le indagini epidemiologiche hanno accertato che in 5 individui la malattia fu contratta, pressochè contemporaneamente, da una prostituta ospite di una locale casa di tolleranza.

L'incubazione variò dai 10 ai 20 giorni. In quasi tutti mancarono localizzazioni iniziali agli organi genitali; in due soltanto vi furono lievissime manifestazioni erpetiche. Nella maggioranza si ebbe risentimento unilaterale delle glandole inguinali, in due casi partecipazione delle glandole profonde addominali.

L'O. insiste sulla necessità che siano noti ai medici l'esistenza nonchè i segni clinici di tale affezione ai fini di una terapia precoce ed efficace. Secondo l'O. in questi malati, ritenuti generalmente affetti da bubbone venereo, viene favorita con le solite applicazioni locali la suppurazione delle glandole colpite, mentre la cura coi preparati di antimonio, istituita subitamente, fa scomparire in pochi giorni la febbre e molte volte regredire la reazione glandolare, evitando le lunghe e noiose fistolizzazioni e il tardivo cicatrizzare delle ferite chirurgiche. L'O. ha usato il neostibosan per via endovenosa, con dosi iniziali di 0,10, quindi di 0,20 e 0,30 praticando in media 12-14 iniezioni, a giorni alterni, ed ottenendo buoni e rapidi risultati.

Illustrazione dell'apparecchio "Elios Salus" per la cura razionale del sole.

CAMPORESI E. (Forlì). — È un apparecchio comodo, pratico ed elegante, costituito da uno schermo-filtro che intercetta in parte i raggi infrarossi, ritenuti ormai universalmente dannosi, specie in certe malattie, e lascia invece passare i raggi ultravioletti fino alla lunghezza d'onda di 2967 A.

Mediante questo schermo-filtro che evita i danni, pur conservando i vantaggi della cura solare, vien risolto con la massima semplicità di mezzi il problema della elioterapia razionale: non sarà più necessario esporsi al sole per regioni, aumentando gradualmente il tempo, nelle prime ore del mattino. Ma la cura potrà essere fatta con irradiazioni di tutta la persona fin dal primo giorno, nelle ore più comode e per periodi di tempo assai più lunghi; cioè intensivamente e senza pericoli di sorta. Dunque non più ustioni — che impediscono la penetrazione dei raggi ultravioletti (Freund) — non più febbre solare, non più emoptoi da eccesso di irradiazioni calorifiche, non più ematurie, ecc. ecc.

A conforto di quanto espone, l'O. riporta una casistica quanto mai lusinghiera e interessante.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 2 giugno 1930.

Presidente: Prof. LUIGI BACIALLI.

Presentazione di casi.

Dott. VERCELLI GIUSEPPE. — 1) L'O. presenta un caso di *sclerosi a placche conclamato* trattato con evidente successo con la terapia mercuriale;

2) un'osservazione di *lues coniugale ignorata*

e manifestatasi dopo 20 anni dal contagio del marito, quasi contemporaneamente nei due coniugi con una tabe dorsale stabilitasi in modo rapidissimo;

3) un caso di *lues midollare misconosciuta* la cui unica manifestazione accusata è costituita da ritenzione parziale dell'urina, che dura da due anni;

4) un caso di *sindrome adiposo-genitale* con alterazione della sella turcica, sospettato di meningite sierosa e sottoposto a röntgenterapia dei plessi e della regione sellare;

5) un caso di epilessia così detta extrapiramidale emilateralizzata, con ventricolografia che depone per una forma neoplastica;

6) un caso di *tumor cerebri* con emisindrome ipertonica e crisi di ipertono, in cui l'autopsia confermò la diagnosi clinica di tumor del nucleo caudato.

Prof. M. ARTOM. — *Pemfigo volgare.* Presenta una donna di 34 anni entrata in Ospedale per un pemfigo assai esteso. Malgrado l'apparente gravità, la dermatosi cedette assai rapidamente alla terapia istituita, e si ebbe una remissione completa in poco più di 15 giorni: le condizioni generali della malata sono ottime ed anche la somministrazione di iodio per via orale non ha determinato alcun fatto cutaneo. L'O. ricordando che nel caso presentato non esiste assolutamente alcuna ritenzione di cloruri, discute del valore prognostico che può assumere la ritenzione dei cloruri nel sangue e nella cute nel corso del pemfigo.

2) *Lichen piano boccale.* Presentando una donna di 52 anni affetta da lichen piano boccale, senza alcuna altra localizzazione di tale dermatosi, l'O. discute il diagnostico differenziale di tale forma con la leucoplasia e le altre forme di glossiti.

Ricorda i principali dati relativi ai moderni concetti sulla eziopatogenesi del lichen piano ed ai tentativi terapeutici varii specialmente trattando della röntgenterapia spinale.

3) *Epiteliomatosi multipla della cute.* Presenta una donna di 30 anni nella quale esistono sparsi al viso, al tronco ed agli arti, numerose forme cutanee (più di 30) che clinicamente differenziano l'una dall'altra, ma che istologicamente si dimostrano essere tutti epiteliomi basocellulari di cui alcuni assumono il carattere di epiteliomi piani cicatriziali, altri di epiteliomi baso-cellulari vegetanti, alcuni di epiteliomi terebranti. Discute quale può essere la causa di tale precocità e molteplicità di carcinomi; esclude siano in gioco apparenti modificazioni congenite della cute e fattori professionali, rileva soltanto una predisposizione ereditaria essendo il padre e la madre della paziente affetti da epiteliomi cutanei e discute il valore di tale dato.

4) *Ittiosi e cheratoma palmare e plantare congenito.* — Presenta un bambino di 3 anni (figlio di una donna di 23 anni affetta da grave malattia di Basedow) in cui si osservano una lieve ittiosi ed un intenso cheratoma plantare e palmare. Discute se nel caso presentato si tratti di una semplice ittiosi che abbia determinato le lesioni delle mani e dei piedi, se si tratti di una forma delle eritrodermie congenite ittiosiformi descritte dal Brocq, o se si tratti invece di associazione di ittiosi e di cheratosi palmare e plantare, ed espone le ragioni per cui è favorevole a tale ultimo concetto. Discute il valore che nella determinazione della dermatosi del bambino può aver assunto il distiroidismo materno.

Ganglio interdigitale a tipo metacarpo-falangeo.

Dott. C. GARAMPAZZI. — C. V. Maria, di a. 83. Da più di un anno si accorse della presenza di un corpo sferico all'ultimo interspazio digitale della mano sinistra: ha raggiunto il volume di una grossa nocciola: non ebbe mai traumi locali; non ha dolori diffusi in alto, solo qualche sfitta locale: all'ablazione il tumoretto cistico ci dimostra contenere un liquido denso, filante, leggermente ematico (era stata fatta una puntura esplorativa) aveva rapporti colla faccia radiale della falange basilare del mignolo ed era contenuto nello spessore delle parti molli della piega interdigitale; non era mobile coi movimenti di flessione ed estensione del mignolo: rileva il fatto della rarità dei gangli della regione volare palmo digitale, in confronto a quelli dorsali della mano (regione dorso radiale) e a quelli dorsali del piede (ancora più rari nella regione cuboidea). Circa la patogenesi ricorda la teoria della estroflessione erniaria della sinoviale articolare tendinea di Teichmann Gosselin, le osservazioni di Biedel e di Koning sui rapporti colla capsula articolare, quelle di Witzel colla guaina tendinea, quelle col periostio — per venire fino alla teoria di Zedderhose dell'origine dei tessuti pararticolari per degenerazione gelatinosa — cita il lavoro del Bufalini, aiuto della Clinica del Taddei, al quale appoggia la teoria della dipendenza dalla guaina tendinea piuttosto che dalla articolare (*Chir. degli organi del movimento*, 1928).

Conclude che la questione patogenetica si svolge tuttora in forma non definita.

Calcolosi urinaria ed uroselectan.

Dott. R. RINALDI. — L'O. presenta alcuni casi di calcolosi urinaria studiati con l'Uroselectan. Le turbe escretorie della litiasi sono messe facilmente in evidenza con questo metodo. La ritenzione e la distensione della pelvi quando il calcolo è situato all'imbocco prossimale dell'uretere sono fra le manifestazioni più comuni.

In un caso di calcolosi bilaterale, renale a destra, renale ed ureterale a sinistra l'Uroselectan non solo permise la localizzazione perfetta dei calcoli ma diede utilissime indicazioni all'intervento.

Tumori della vescica urinaria.

Dott. R. RINALDI. — L'O. illustra alcuni casi di tumori peduncolati della vescica in cui dovette intervenire a cielo aperto per la insufficienza del trattamento abituale alla Beer. Le caratteristiche istologiche dei tumori asportati autorizzano la diagnosi di malignità.

Considerazioni sopra due casi di tetano cefalico.

Prof. C. F. BIANCHETTI. — L'O. riferisce di due forme di tetano parziale, atipico che hanno avuto sede unica nel segmento cefalico: patogenesi insolita trattandosi di individui con lesioni primarie distanti dalla zona tetanizzata.

Nel 1° caso individuo di 37 anni con lesione

d'arma da fuoco al piede destro e frattura esposta del V metatarseo; dopo 10 giorni, malgrado la sieroterapia preventiva, comparsa di fenomeni di tetano cefalico con trisma, leggera disfagia, contrattura dei muscoli facciali, leggera paresi della palpebra sup. destra; qualche accenno a rigidità della nuca. Sieroterapia intensiva, guarigione dopo circa altri 10 giorni. Nessuna generalizzazione dei fenomeni tetanici.

Nel 2° caso: donna di 32 anni, operata di appendicectomia e miotomia pilorica sottosierosa per fatti di appendicite cronica a tipo gastralgico. Guarigione per primam operatoria: scomparsa dei disturbi addominali. In 9ª giornata comparsa dei fenomeni disfagici, di trisma e di leggera rigidità della nuca; aggravamento rapidissimo dei sintomi, sovratutto della disfagia che assume il tipo idrofobico: elevazione di temperatura a 39-40: terapia inefficace. Morte dopo meno di tre giorni.

La donna pare che abbia avuto circa 1 mese prima una piccolissima lesione alla mano destra di cui però non rimane traccia. Quale la porta di entrata? La lesione precedente, quindi un lungo periodo di incubazione e con decorso rapidissimo, o tetano postoperatorio da catgut? In qualsiasi dei casi le lesioni come nel paziente precedente, si sarebbero manifestate in territorio notevolmente distante dal punto di entrata del germe.

Il fatto è assai raro e la patogenesi va forse ricercata nella modalità di assorbimento della tossina tetanica (per via ematica) e nella particolare recettività dei centri nervosi bulbo-protuberenziali.

Su di un metodo di cura della sciatica.

Dott. V. DE BENEDETTI. — L'O. espone alcune considerazioni pratiche sulla cura della sciatica essenziale, mediante le iniezioni sottocutanee di olio solforato al 5 %. Egli premette che la terapia da lui indicata è efficace nelle forme veramente essenziali e si diffonde sulle diagnosi di queste forme e sui sintomi che le caratterizzano. Sopratutto egli ricorda la concezione del Putti per cui la malattia è da considerarsi sostanzialmente come un'artrite localizzata alle articolazioni lombo-sacrali.

Perciò la sciatica volgare richiede di essere curata con gli stessi metodi con cui si trattano le affezioni articolari. Le iniezioni di olio solforato si praticano ogni 5 giorni partendo da una dose di 0,20 per raggiungere il massimo di 0,50. L'iniezione è seguita da febbre e da una eventuale esacerbazione: il risultato viene però raggiunto in modo rapido e definitivo. Riporta una abbondante casistica.

Un caso di inversione uterina totale.

Dott. G. CASSANI. — L'O. riferisce un caso di inversione uterina verificatosi in una giovane di 19 anni in seguito a manovre alquanto energiche praticate da una levatrice per far cessare, con la spremitura dell'utero una violenta emorragia post-partum. L'ammal. venne portata in Ospedale 24 ore dopo che all'orificio vulvare si era fatta presente la massa carnosa dell'utero rovesciato a dito di guanto.

L'a. venne immediatamente operata di isterectomia totale vaginale e dopo un decorso alquanto burrascoso nei primi giorni, guarì in modo perfetto.

L'O. espone, dopo la storia clinica del caso, alcune considerazioni sulla necessità di evitare in un caso come questo la manovra gravemente traumatizzante di una riduzione incruenta.

Considerazioni sulla vaccinazione Jenneriana.

Dott. Prof. P. FORNARA. — L'O. constata le opposizioni ed i dubbi oggi forse più che un tempo presentati dal pubblico rispetto alla vaccinazione jenneriana: riconferma, di fronte alla indiscussa utilità della vaccinazione stessa contro il pericolo di epidemie di vajolo, la necessità che il medico insista nell'imporre la vaccinazione: passa in rassegna gli accidenti della vaccinazione mettendo in evidenza i mezzi per evitarli o ridurli ed in particolare comunica i propri buoni risultati ottenuti con la vaccinazione intradermica per trasfissione di ago in derma attraverso il vaccino deposto sulla cute (metodo Trambusti) la quale tecnica se dà in specie coi vaccini deboli una percentuale minore di positività, dà la sicurezza di evitare le infezioni secondarie della pustola vaccinica, e dà pustole vacciniche più limitate, più nette, più piccole. Fa un elenco degli accidenti della vaccinazione distinguendoli in:

I) accidenti infettivi secondari locali:

a) da contaminazione del vaccino;

b) da contaminazione della pustola vaccinale (o per insufficente asepsi del vaccinatore, o per virulentazione dei germi della pelle del vaccinato, o per infezione secondaria della pustola da grattamento);

II) accidenti infettivi secondari generali: eruzioni vaccinali (rash vaccinici) che vengono considerati o come un'eruzione tossi-infettiva banale o di natura anafilattica da intolleranza per le albumine di specie bovina;

III) accidenti da anomalie di sviluppo della pustola vaccinica:

1) per pustole troppo estese o escarotiche;

2) per pustole disseminate per auto-inoculazione;

3) vaccino generalizzato che si può suddividere in:

a) vaccino generalizzato senza lesioni cutanee preesistenti;

b) vaccino generalizzato in soggetti eczematizzati, spesso per vaccinazione accidentale (vaccinosi accidentale - eczema vaccinaticum).

L'O. ne espone un caso personale terminato in morte;

IV) accidenti viscerali a distanza di cui i più noti, oggi tanto discussi sono le encefaliti postvaccinali.

L'O. ritiene che tra i casi pubblicati sotto questa denominazione in questi ultimi anni occorra dare un'accurata selezione: occorre distinguere i casi comparsi epidemicamente (quali quelli osservati in Inghilterra e in Olanda e non in Italia) e quelli sporadici. I casi sporadici sovratutto vanno ben discussi e tra di essi occorre distinguere:

a) i casi di convulsioni sintomatiche da ipertermia in soggetti spasmofillici o nervosi;

b) i casi dovuti a infezioni secondarie della pustola vaccinica;

c) i casi apparentemente legati in modo diretto alla vaccinazione. Per questi casi fervono le discussioni non ancora risolte se si tratti di

encefalite dovuta al virus vaccinico o ad altro virus (erpetico-encefalitico o altro) attivato dalla vaccinazione.

L'O. espone casi personali di convulsioni, presentatisi nei primi giorni dopo la vaccinazione, di polmoniti, di tonsilliti, di meningiti purulente osservati nella stessa condizione, affermando che appare quindi verosimile che in questi casi la vaccinazione agisca come un attivatore aspecifico del microbismo latente del vaccinato. Il che però non esclude che in altri casi, ed in ispecie nei casi di encefaliti epidemiche o multiple, contemporanee post-vaccinali, si possa incriminare un'origine direttamente vaccinale.

Sul trattamento dei fibromi in gravidanza.

Prof. L. BACIALLI. — L'O. passato in rassegna quel complesso di nozioni pratiche e necessarie a conoscersi sulla presenza del fibroma in gravidanza (frequenza, varietà di tumore e di sede, modificazioni che il tumore può portare alla gravidanza stessa e modificazioni di esso dipendenti dalla gravidanza) si sofferma in particolar modo sulla sintomatologia del fibroma in gravidanza e sulla sua diagnosi. Merita speciale attenzione a questo riguardo il sintomo dolore, dolore non provocato sempre da compressione sui varii organi della pelvi e da torsione o da contrazioni uterine ma benanco dalla insorgente necrosi del tumore stesso come è già stato ripetutamente dimostrato e ritenuto da numerosi Autori.

Premesse le opportune considerazioni in merito alla tolleranza dell'utero gravido agli stimoli meccanici ed ai traumi che possono prodursi su di esso durante gli atti operativi addominali ginecologici o no, tolleranza molto discussa e temuta per il passato ma oggi ammessa nel modo più palese, premesse le indicazioni operatorie della miomectomia fuori di gravidanza, inizia il trattamento dello stesso atto operativo sull'utero gravido riportando in primo tempo le statistiche sui risultati immediati di esso e nei riguardi delle future gravidanze, sulla mortalità materna e su quella fetale, sull'interruzione di gravidanza dopo l'intervento.

La tecnica della miomectomia in gravidanza non differisce per nulla da quella fuori di gravidanza e l'indicazione di essa, a meno che non si tratti di fibroma sottosieroso, non può essere decisa che a ventre aperto e caso per caso, a seconda del numero dei fibromi, della loro sede e del loro impianto: accenna a quei casi nei quali è doveroso ricorrere senz'altro all'isterectomia prima di qualunque tentativo conservativo ad oltranza per i pericoli delle emorragie, della difficoltà di sicura emostasi e della rottura delle membrane e dal numero e dalla sede di certi tumori fibrosi.

A indicazioni ginecologicamente esatte e scrupolosamente vagliate l'O. si mostra assai favorevole a detto intervento sia per i suoi esiti immediati che remoti, ossia per la possibilità di rimuovere una causa di aborto, per la possibilità di nuove gravidanze e per la possibilità del proseguimento della vita sessuale della donna.

Peritonite pneumococcica diagnosticata e guarita chirurgicamente.

Dott. COSTANTINI. — L'O. riporta un caso di peritonite pneumococcica in cui l'atto operativo fu sufficiente ad ottenere la guarigione. Si diffonde sui segni clinici dell'affezione e sulla sua patogenesi, e sulle indicazioni operatorie.

Su alcuni casi di tubercolosi cutanea.

Dott. G. FERRERO. — L'O. riporta un caso di tubercolosi verrucosa localizzata alla faccia dorsale della mano destra in un malato ricoverato nel Sanatorio locale. Alla descrizione morfologica della lesione osservata egli aggiunge alcune considerazioni istologiche e cliniche mettendo in rapporto la sede della lesione con la facilità con la quale la mano può essere portata alla bocca. Si tratta per lo più di autoinoculazione nei tisici da parte del loro escreato. Ricorda poi alcuni dati sulla terapia di queste forme.

Il Segretario: R. RINALDI.

III Convegno annuale Regionale della Sezione Lombarda della Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Varese, 8 giugno 1930-VIII.

Il Convegno ebbe luogo alle ore 10 presso l'Hôtel Palace di Varese. Numerosi i medici intervenuti dalle varie provincie Lombarde: rappresentati tutti i Consorzi Provinciali di Lombardia. Notiamo fra le personalità intervenute, il Prefetto di Varese; l'ing. Puricelli, presidente del Consorzio della Provincia di Varese e presidente di quel Consorzio provinciale antitubercolare; il prof. Spelta, fiduciario del Partito per la Provincia di Varese; il dott. Bobba, segretario della Sezione Varesina medici condotti; il sen. Maragliano, l'on. Eugenio Morelli, il prof. Pepere, Alfieri, Cattaneo, ecc.

Hanno preso la parola all'inaugurazione l'ing. PURICELLI, il prof. SPELTA e il sen. MARAGLIANO, bene augurando alla missione.

Il prof. LUIGI ZOJA, presidente della Sezione, ha riaffermato in un applaudito discorso, le finalità colturali e pratiche della Sezione, insistendo sui vantaggi che da questa missione ne deriva alla coltura tisiatra.

Alle 10,30, finita la cerimonia inaugurale, il prof. EMILIO VERATTI ha esposto in un'applaudita conferenza, il tema a lui affidato: *Esiste un virus tubercolare sotto forma diversa del bacillo di Koch?* Nella sua lezione, esposta con particolare competenza e con fine critica, il professore della R. Università di Pavia, ha insistito particolarmente sulla struttura del bacillo tubercolare; sui granuli di Much; sulle recenti ricerche sulla moltiplicazione del bacillo tubercolare; sul virus tubercolare filtrabile; sul meccanismo ed effetti della filtrazione in generale; disposta in chiara sintesi la storia delle esperienze sui filtrati di materiale tubercolare, passaggio di elementi filtrabili dalla madre al feto; messa in evidenza la importanza della questione nei riguardi della pratica, riassume così le conclusioni alle quali è arrivato: allo stato attuale delle nostre conoscenze l'esistenza di una fase filtrabile nel ciclo di sviluppo del bacillo della tubercolosi non si può accettare come dimostrata in modo definitivo.

Il prof. FELICE PERUSSIA ha svolto la sua relazione *sulla tubercolosi polmonare nel quadro radiologico*. La relazione esposta con la competenza che al Maestro è riconosciuta, è stata illustrata da numerosissime nitide e chiare diapositive. È stato calorosamente applaudito dalla assemblea. Le conclusioni della interessante relazione sono dall'O. così riassunte:

1) Dal punto di vista tecnico, si deve riconoscere l'assoluta necessità che lo studio radioscopico della tubercolosi polmonare sia integrato da nitidi radiogrammi, specialmente nei casi apparentemente negativi. È opportuno standardizzare la tecnica, rendere possibili confronti su materiale di diversa provenienza e per seguire l'evoluzione del processo morboso.

2) Premessa indispensabile allo studio del quadro radiologico della tubercolosi polmonare si è l'esatta conoscenza ed interpretazione del radiogramma normale del polmone. Per questo, il relatore ne dà una minuta descrizione, mettendo in rilievo tutta l'importanza del fattore vascolare nella costituzione del cosidetto disegno dell'ilo e del polmone e segnalando le cause di errore più comuni che ricorrono nella lettura dei radiogrammi toracici e gli espedienti atti ad eliminarli.

3) Dimostrato come il binomio « accentuazione delle ombre dell'ilo, quale segno di linfoangioite peribronchiale » abbia per troppo tempo formato la base della diagnosi radiologica della tubercolosi iniziale, per una interpretazione il più spesso errata del disegno vascolare del polmone, il relatore lumeggia con senso realistico la questione delle cosidette peribronchiti tubercolari ed afferma che i primi sintomi radiologici della tubercolosi cronica dell'adulto vanno oggidì ricercati con criteri ben più larghi e senza alcun preconcetto nè di determinata manifestazione morfologica elementare, nè di localizzazione obbligata.

4) Messe in rilievo le difficoltà fisiche della dimostrazione radiologica veramente precoce di focolai iniziali, il Relatore considera le diverse dottrine della genesi apicale e di quella sottoclaveare della tubercolosi polmonare dell'adulto, dando speciale svolgimento alla dottrina dell'Assmann dell'infiltrato precoce. Il Relatore ammette la frequenza della localizzazione primitiva apicale, la quale però è spesso di riconoscimento difficile ed è più propria delle forme a decorso lento, subdolo, con tendenza alla sclerosi. Non è difficile che l'ulteriore progresso della forma specifica in senso cranio-caudale possa simulare un inizio solo apparente sottoapicale, in quanto in tale sede si rendono appariscenti focolai anche più evoluti di origine apicale. In questo senso limitato alcune manifestazioni radiologiche del tipo delle strie dello Stuertz possono ancora considerarsi come segni precoci della tubercolosi polmonare.

Con frequenza relativamente maggiore di quel che non si pensasse un tempo, ma non certo come manifestazione costante, la tubercolosi iniziale può presentarsi al radiologo con l'aspetto dell'infiltrato precoce dell'Assmann in sede extra-apicale. Tenuto conto della possibilità che un apparente infiltrato precoce possa derivare invece da un semplice infarcimento emorragico post-emoftoico o da essudato perifocale aspecifico o da fatti transitori di atelettasia per tubercolosi bronchiale stenosanti ed ancora rappresenti una manifestazione metastatica con *poussée* acuta bronco-pneumonica in forma apicale tuttora latente, si ha ragione di limitare di molto la portata della dottrina dell'Assmann, qualora questa volesse troppo generalizzare il concetto dell'inizio acuto con focolaio pneumonico tubercolare isolato.

Tutt'altro che rara è anche la constatazione radiologica *d'emblée* di focolai tubercolari diffusi e non è neppure escluso per l'adulto un inizio di focolaio primario pneumonico con risentimento ganglionare dell'ilo, come avviene di solito nel bambino.

5) La questione della interpretazione anatomo-paotologica delle diverse immagini che appaiono sul radiogramma del tubercoloso è trattata a fondo dal Relatore con particolare riguardo alla dottrina dualistica di Graeff e Kuerpferle che viene sottoposta a critica serrata.

6) Il Relatore si chiede quindi quali deduzioni prognostiche sia lecito trarre dallo studio dei radiogrammi dei tisici e, dopo aver risposto minutamente le concezioni moderne sulle possibilità anatomiche di guarigione dei focolai tubercolari e sulle loro corrispondenze radiologiche, conclude tuttavia per la impossibilità che il solo reperto radiologico valga a dare il giudizio definitivo di guarigione della forma morbosa.

Nel pomeriggio alle ore 14 i soci della Sezione si sono riuniti in sede amministrativa per la approvazione del Regolamento della Sezione e per la nomina del Consiglio direttivo. A dirigere l'Associazione vennero chiamati dall'assemblea i proff. Luigi Zoja, presidente, E. Altieri, U. Carpi, M. Redaelli, L. Ponticaccia, consiglieri e G. Ronzoni, segretario.

Esaurita la parte amministrativa ebbe luogo la discussione vivace della relazione Perussia. Vi hanno partecipato PONTICACCIA, REDAELLI, CARPI, GENNARI, ecc. Numerose e interessanti le comunicazioni svolte a relazione esaurita dai dottori GENNARI, RONZONI, DE BENEDETTI, CORBETTA, CARPI, CECCHINI, ecc.

Nel pomeriggio in altra sala del Palace Hôtel si sono riuniti sotto la presidenza del presidente del Consorzio di Varese e dell'on. MORELLI i direttori dei Consorzi e dei Dispensari Lombardi per uno scambio di vedute sui rapporti fra i Dispensari Antitubercolari e Cassa Assicurazioni Sociali nella applicazione della Legge sulla Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Relatore è stato il prof. RONZONI di Milano il quale ha sottoposto a discussione le varie necessità che in questo primo periodo di esperimento si sono messi in evidenza nei rapporti fra Cassa Nazionale e Consorzio inquadrando la discussione nel campo della pratica e della realtà. Alla discussione hanno partecipato, oltre l'on. MORELLI, numerosi rappresentanti dei Consorzi e dei Dispensari Lombardi.

Una colazione riuniva, in cordialità, nella stesse sede dell'Hôtel, i soci intervenuti.

La IV Riunione annuale della Sezione sarà tenuta nella primavera a Bergamo fra le Provincie Lombarde ormai fra le prime nella organizzazione sociale antitubercolare.

A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sulla funzione del fegato.

M. Takuwa (*The Japan Med. World*, n. 10, 1929) rileva che negli ammalati di fegato lo zucchero libero del sangue è di solito normale. Invece lo zucchero combinato aumenta variamente, a seconda del grado della lesione epatica; esso raggiunge i valori massimi nell'avvelenamento acuto da fosforo e nella malattia di Weil. Nei malati di fegato la somministrazione di 15-50 gr. di zucchero determina una spiccata iperglicemia, e la glicemia tarda poi molto a ridivenire normale. Se ad individui col fegato sano si somministrano 30-50 gr. di zucchero, lo zucchero combinato del sangue diminuisce da principio, per ritornare poi gradatamente ai valori normali. Invece negli ammalati di fegato si osserva, in seguito alla somministrazione della stessa dose di zucchero, un aumento dello zucchero combinato del sangue: non esiste sempre parallelismo tra l'entità di questo aumento e la specie e gravità della malattia. POLLITZER.

Gli effetti dell'insulina sui depositi di glicogene nel diabete.

Nel diabete non trattato con l'insulina vi è la tendenza all'immagazzinamento del glicogeno nel rene e precisamente un'infiltrazione glicogenica dell'epitelio dell'ansa di Henle.

Con il trattamento insulinico, come dimostrano le ricerche di S. Warren (*Amer. Journ. med. Sc.*, aprile 1930), i depositi patologici di glicogene tendono a scomparire, mentre tendono ad aumentare quelli normali.

La sepsi diminuisce l'effetto dell'insulina nel mantenimento della distribuzione normale del glicogeno nell'organismo.

La distribuzione del glicogene nell'organismo può costituire un valido aiuto per la diagnosi retrospettiva di un diabete attivo.

Il glicogene, nell'epitelio renale, può rappresentare un tentativo dell'organismo per impedire il disperdimento degli idrati di carbonio con l'urina.

Le variazioni dei depositi di glicogene nella pelle dei diabetici possono essere in un certo rapporto con la loro suscettibilità alle infezioni. *fil.*

Stato del midollo osseo prima e dopo la splenectomia nella itterizia emolitica.

Escudero e Varels (*Rev. Med. Latino-Amer.*, n. 165, 1929) già in precedenti ricerche dimostrarono, ed ora essi confermano che nella itterizia emolitica esiste una riattivazione della funzione emopoietica del midollo osseo, in quelle zone (diafisi delle ossa lunghe) che normalmente sono funzionalmente inattive nell'adulto. Questa riattivazione si caratterizza con una reazione eritropoietica predominante a tipo ortoplastico. Si osserva grande quantità di nidi di eritroblasti, discreta reazione leucopoietica e alcuni istiociti. Ora gli AA. pubblicano i risultati di due biopsie midollari eseguite nella identica zona del midollo prima e dopo la splenectomia.

Mentre nel preparato della prima si vide una grande quantità di eritroblasti in tutte le sue fasi di maturazione, alcuni in mitosi, e qualche cellula bianca immatura, nella seconda biopsia si trovano solo tre eritroblasti ortocromatici con nucleo picnotico, uniche forme immature che si incontrano nel preparato.

È indiscutibile che la splenectomia fu seguita da un cambiamento fondamentale nello stato del midollo: alla intensa attività ematopoietica rilevata con la prima biopsia, seguì uno stato di riposo funzionale; questo permette di sospettare che l'attività del midollo diafisario sia secondaria alla emocateresi splenica esagerata. L. TONELLI.

SEMEIOTICA.

La febbre d'origine sconosciuta.

Che sia talora difficile specificare la diagnosi di un processo febbrile non accompagnato da fenomeni caratteristici, lo riprova uno studio di H. L. Alt ed H. Barker (*Jour. A. M. A.*, n. 19, 10 maggio 1930).

Su 34.000 pazienti, infatti, ricoverati in un ospedale, 173 furono dimessi con la diagnosi di « febbre di origine sconosciuta ». Ristudiando tali casi, ed assumendo informazioni ulteriori, si riuscì ad avere notizie più dettagliate in 101. Di 44 di tali pazienti la cui febbre era durata meno di dieci giorni, 42 non presentarono ulteriori manifestazioni morbose, mentre in uno si manifestò una insufficienza mitralica, ed in uno la tubercolosi polmonare.

Di 57 poi, la cui febbre era durata oltre i 10 giorni, 36 restarono non diagnosticati. Due di questi si riammalarono in seguito, e cinque morirono per cause che non fu possibile accertare con le informazioni assunte.

In 21 pazienti con febbre prolungata fu infine dato di stabilire una diagnosi, essendosi trattato in gran maggioranza o di tubercolosi, e di infezione reumatica o di affezione maligna. M. FABERI.

Diagnosi differenziale delle febbri croniche tubercolari e non tubercolari.

Bentler e Glogauer (*Die Med. Welt*, n. 23, 1930) hanno voluto dimostrare, con l'esempio di un caso occorso alla loro osservazione, quanto si debba andar guardinghi nel fare la

diagnosi di tbc. allorchè ci si trova di fronte a piccole elevazioni termiche abituali.

Una signora di 26 anni, nel 1927, dopo aver superato una influenza, cominciò a presentare disappetenza, astenia e temperatura di 37°,1-37°,2; fu diagnosticata una tubercolosi polmonare incipiente, benchè il reperto radiologico fosse negativo, e fu inviata da un sanatorio all'altro; in ognuno fu confermata la diagnosi pur seguitando a mancare il conforto radiologico.

Le febbricole cedevano un poco, poi tornavano a comparire. La paz. assai deperita e abbattuta fu osservata recentemente dagli AA. che non trovarono alcun elemento su cui basare la diagnosi di tbc. e le raccomandarono di riprendere la sua vita e le sue attività, senza curarsi delle piccole febbri, come ella ha fatto con immenso risultato.

Noi sappiamo che esistono delle persone che vanno particolarmente soggette a queste piccole elevazioni termiche: e dobbiamo ricordare che non esiste una tubercolosi polmonare che decorra a lungo, febbrilmente, senza dare segni di sè all'esame radiologico.

V. SERRA.

CASISTICA.

Il rene dei vecchi.

In uno studio sintetico sull'argomento, Pasteur Vallery-Radot e P. Delafontaine (*Presse médicale*, 22 febbr. 1930) osservano che i disturbi funzionali renali negli individui anziani costituiscono la regola e sono caratterizzati anzitutto da una diminuzione nella eliminazione della fenolsulfonftaleina. Possono aversi anche delle perturbazioni di un grado maggiore, che costituiscono delle vere nefriti, le quali però sono latenti nella maggior parte dei casi.

Abbastanza frequenti sono le piccole azotemie, che sono bene sopportate; rare, invece, sono le grandi azotemie, con una quantità di urea sanguigna non oltre i due grammi, con una sintomatologia frusta, evoluzione grave, ma in cui il quadro classico del coma uremico è eccezionale.

Gli edemi di origine puramente renale, con il quadro della nefrite cloruremica, non si osservano. Il più spesso, gli edemi sono in rapporto con l'insufficienza cardiaca od appartengono ad un insieme patologico, talmente complesso, che non vi si possono dissociare gli elementi renali da quelli cardiaci.

Gli incidenti d'insufficienza cardiaca costituiscono le manifestazioni cliniche più importanti nei vecchi affetti da nefrite, ma è assai difficile apprezzare la parte della nefrite nel determinismo di questi incidenti, tanto più che i disturbi di origine cardio-vascolare sembrano predominare su quelli dovuti a lesioni renali.

D'altra parte, è illusorio il volere isolare, nei vecchi, dei tipi clinici in cui le manifestazioni gravitino attorno ad una sola lesione. La descrizione delle nefriti croniche senili non è che la dissociazione artificiale d'un insieme patologico o di lesioni multiple, che si svolgono parallelamente ed agiscono le une sulle altre.

fil.

La funzione renale negli ammalati di gotta.

La prova della funzione renale adottata da E. Gottlieb (*Acta Med. Scandinav.*, n. 3, 1930) è una semplice prova di concentrazione. Si tiene il paziente per tutto un giorno a vitto asciutto e lo si fa urinare alle 6 del pomeriggio e poi alle 6 e alle 8 della mattina seguente, prima che esso beva nulla. In molti pazienti è stata anche studiata la concentrazione dell'urea e dell'acido urico nel sangue e nell'urina alla fine della prova di concentrazione. Negli individui normali i reni sono stati capaci di aumentare la concentrazione dell'acido urico fino a venti volte, e quella dell'urea fino a 80 volte il valore iniziale; invece nei gottosi, così come nelle forme più gravi di nefrite cronica, i reni sono riusciti a concentrare l'acido urico soltanto 3-7 volte, l'urea soltanto 20-40 volte il valore iniziale. Non è possibile, con queste prove di concentrazione, dimostrare una differenza tra i reni dei gottosi e i reni dei nefritici. È probabile che la diminuzione della funzionalità renale, specialmente nei riguardi dell'acido urico, abbia importanza nel determinismo della gotta.

POLLITZER.

I reni nell'infezione pneumococcica.

V. Neale (*Brit. med. Journ.*, 17 nov. 1929) ha studiato 287 casi di polmonite lobare nelle loro complicazioni renali. Egli giunge alle seguenti conclusioni. Nella polmonite lobare la nefrite non è frequente, ma è assai comune un lieve stato degenerativo del parenchima renale. La nefrite, se si manifesta, è mite, di breve durata, e giunge per lo più rapidamente a uno stato di apparente guarigione.

Anche altre localizzazioni del pneumococco danno simili complicazioni renali.

Le complicanze renali delle infezioni pneumococciche sono assai simili negli adulti e nei fanciulli.

Egli crede non inutile questo suo studio date le notevoli discordanze a questo riguardo tra i vari autori, di cui alcuni ritengono il pneumococco responsabile frequente di gravi nefriti e nefrosi. DORIA.

La chiluria nella sifilide vescicale.

La chiluria vera, quale segno di lesione luetica vescicale non era mai stata osservata da nessuno, perciò il caso unico che riferisce Valverde (*Journ. d'Urol.*, ott. 1929) acquista un notevole interesse scientifico, perchè viene ad aggiungersi ai casi di chilurie vere, non cau-

sate da filaria. Il caso riferito presentava una chiluria vera da più di due anni, per la presenza di una gomma ulcerata in vescica, nella quale si aprivano i linfatici dilatati.

Non era stato possibile dimostrare la presenza della filaria. Una cura antiluetica stabilita immediatamente condusse a guarigione definitiva la paziente.

L'osservazione interessa, per la rarità del caso che la sifilide possa dare chiluria, pel reperto cistoscopico caratteristico, e per la guarigione raggiunta rapidamente col trattamento specifico.

V. LOZZI.

Il colon focolaio di infezione nella pielite cronica, nella cistite e nella prostatite.

L'autointossicazione intestinale dovrebbe essere considerata, secondo H. F. Redewill, J. E. Potter, e H. A. Garrison (*Journ. A. M. A.*, n. 10, 1930) come entità morbosa vera e propria, in rapporto a molti casi di stipsi ostinata e di stasi intestinale.

Il colon è poi da ritenersi un centro di infezione a focolaio, causa diretta di infezioni acute e croniche non gonococciche, delle vie genito-urinarie.

In tali casi di infezione fecale del colon, si deve cercare di curare lo speciale stato morboso, preferibilmente modificando la flora intestinale, distruggendo i germi colpevoli, prima che l'infezione genito-urinaria divenga irreparabile.

La flora intestinale può essere modificata sia regolando la dieta, sia somministrando per 3-6 settimane delle culture acidofile in veicolo latteo, sia per mezzo di irrigazioni medicamentose alte fino al colon, sia infine trapiantando con la sonda delle culture di b. coli a parti eguali con destrina riscaldata.

A tali fini dovrebbe esistere stretta cooperazione tra urologo e internista, onde accertare le cause e curare di conseguenza.

M. FABERI.

TERAPIA.

L'effetto dei diversi rimedi nell'ipertensione.

Zeiss e Brams (*Amer. Heart Journ.*, 1930, n. 5) osservano che spesso il trattamento dell'ipertensione non porta buoni risultati perchè si ritiene da molti che i nitriti riducano la pressione sanguigna qualsiasi la causa che l'ha prodotta. Essi hanno quindi esaminata l'azione dei diversi rimedi e vengono alle seguenti conclusioni.

La nitroglicerina provoca una riduzione della pressione negli individui normali (controlli), ma tale effetto è incostante nei casi di ipertensione. Il nitrito d'amile provoca tale riduzione in entrambi i casi. In un certo numero di pazienti che hanno ricevuto l'uno o l'altro di tali rimedi si ha però un innalzamento secondario della pressione; ad ogni modo, il nitrito d'amile esercita i suoi effetti più notevoli e più duraturi che la nitroglicerina; il suo uso, però, può essere seguito da sintomi sgradevoli.

L'acetilcolina è stata trovata inerte nei normali e negli ipertèsi, un reperto del tutto diverso da quello della recente letteratura che vanta tanto questo rimedio.

fil.

L'oleato di sodio come medicamento ipotensore.

M. Renaud (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 maggio 1930) ha potuto riconoscere che l'iniezione di saponi diversi e specialmente quella dell'oleato di sodio, determina un abbassamento importante e duraturo della pressione sanguigna. Tale proprietà può essere utilizzata in terapia ed è tanto più preziosa in quanto che il meccanismo della sua azione sembra del tutto diverso da quello delle sostanze che agiscono sul sistema vaso-motore.

Dalle sue osservazioni si verrebbe alle conclusioni seguenti:

1) l'iniezione endovenosa di oleato di sodio non determina nell'organismo nessun disturbo che ne possa far temere l'uso;

2) essa agisce sulla tensione arteriosa, di cui determina un abbassamento progressivo e duraturo. Tale abbassamento non si produce che parecchie ore dopo l'iniezione e raggiunge 6-10 gradi del Pachon. La tensione minima si abbassa quasi parallelamente alla tensione massima e si accresce il rapporto oscillometrico. Tale azione sembra più efficace quanto più elevata è la tensione;

3) negli ipertesi, le iniezioni di oleato di sodio determinano in modo regolare l'abbassamento della tensione; esse sembrano il mezzo più efficace che abbiamo a disposizione per diminuirne i danni;

4) il meccanismo con cui agisce l'oleato di sodio è tutt'ora oscuro; si può ritenere però che si tratti di modificazioni puramente fisiche delle condizioni di circolazione.

fil.

Cura dell'epistassi degli arterosclerotici.

La sede di queste epistassi è quasi sempre nella parte anteriore del setto. Bergmann (*Munch. Mediz. Wochenschr.*, dic. 1928) raccomanda, di toccare il punto che sanguina con un bastoncino molle contenente 0,15 p. 100 di nitrato di argento che si schiaccerà nel punto voluto con una pressione sull'ala del naso. Segue una forte secrezione nasale che può dare qualche fastidio, ma la emorragia si arresta istantaneamente.

L. TONELLI.

Morbo di Vaquez e cura con la fenilidrazina.

Gazzotti (*Cuore e Circolazione*, n. 1, 1930) riporta un caso di eritremia (morbo di Vaquez) nel quale egli ha tentato la cura con la fenilidrazina, somministrando in totale gr. 3 di sostanza in 35 giorni, dapprima in dosi giornaliere di 0.02 gr. per iniezioni, indi a dosi di 0.10 per os.

L'A. ha notato una netta ed evidente diminuzione delle emazie e dei leucociti; oltre a

ciò i disturbi soggettivi gradatamente e progressivamente sono andati sempre più migliorando, sino a quasi scomparire.

Già da altri AA. era stata notata l'influenza di tale sostanza in questa affezione, per cui il caso in esame porta un'ulteriore conferma all'opinione che la fenilidrazina debba considerarsi attualmente come il mezzo preferibile nel tentativo di cura del m. di Vaquez.

AR.

TECNICA.

Cultura del bacillo della tubercolosi dalle urine.

La ricerca del bacillo della tubercolosi nelle urine è importante per la diagnosi precoce di tubercolosi renale e permette di fare la diagnosi quando la malattia è ancora unilaterale. Questa ricerca è facilitata dalla tecnica moderna per la quale si può raccogliere separatamente l'urina di ciascun rene.

La tecnica batteriologica si è pure perfezionata in questi ultimi anni e di essi si occupano Von Hüth e Lieberthal. La tecnica da essi adoperata nella Clinica Urologica dell'Università di Budapest (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, giugno 1930) è quella di Loewenstein-Semeyoshi sul terreno di Lubenan modificato da Hohn. Il metodo fu trovato ottimo dopo ricerche su 300 casi di tubercolosi urogenitale.

Preparazione del terreno all'uovo di Hohn: si puliscono 3 uova con alcool, si perforano con scalpello sterile lavato con alcool, se ne versa il contenuto in un pallone sterile e si mescola, si misura in recipiente graduato sterile, si aggiunge un terzo del volume di brodo con glicerina acida al 5 %, si versa il tutto in un Erlenmayer, si versano 5-6 cmc. in una provetta sterile, si scalda a 84°, poi gradualmente fino a 87° e si tiene a questa temperatura per 10', poi si raffredda lentamente tenendo la provetta inclinata; ad ogni provetta si aggiungono cmc. 0,8 di brodo sterile senza glicerina e si tappa col cotone; si saggia la sterilità tenendo le provette per 24 ore a 37°, poi si conservano in ghiacciaia.

Gli AA. prima prelevavano le urine col catetere; però può bastare raccogliere le urine senza catetere, aggiungendo ad esse 15 % di acido solforico; con questo metodo si è anche sicuri di evitare la coltivazione dei b. dello smegma. Il trattamento delle urine con acido fu fatto anche per 60-90' (Loewenstein ne prescrive 20') e nonostante questo le colonie di b. della tubercolosi furono rigogliose.

Le culture sottoposte ai raggi X a 18 dosi eritema si mantenevano vitali e i passaggi permettevano la coltivazione che mostrava culture dopo 18 giorni. Con raggi di 30 dosi eritema i bacilli morivano. Nel fare le culture si adoperarono ogni volta 4 provette, 3 con terreno di Hohn e una con patata glicerinata. Gli inquinamenti si evitano certamente trattando le urine per 60' con acido. Optimum di sviluppo fra 37,5° e 38,5°; però discreto sviluppo di colonie si ha anche a 40°.

Le colonie appaiono grigiastre, grandi quanto una testa di spillo; crescendo si sollevano dalla superficie e in alcuni punti hanno coalescenza, donde aspetto verrucoso. Il tipo umano è bianco grigiastro, quello bovino è rosso mattone con tendenza al giallo. Su 1200 culture gli AA. videro associati i due tipi una volta sola.

Se l'urina è ricca di sedimento ne bastano 50-100 cc., se no ne occorrono 250-300. Col sedimento si fanno anche dei preparati colorati. Si mescola al sedimento 15 % di acido solforico e si centrifuga sterilmente per 3-5'; si decanta il liquido soprastante e si semina il sedimento mediante ansa di platino.

Per evitare l'evaporazione è bene, dopo la semina, chiudere la provetta con paraffina. Le colonie compaiono su terreno all'uovo dopo 8-20 giorni, mentre su patata dopo 3-5 settimane.

50 volte su 200 gli AA. ebbero culture positive da urine il cui sedimento colorato non dava b. della tubercolosi. Essi ritengono che il metodo della cultura sia preferibile a quello dell'inoculazione nella cavia e se non è più diffuso in pratica è per le scarse conoscenze della relativa tecnica.

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La riflessoterapia. — Al dott. P. D., Lodivecchia:

Consulti: A. LEPRINCE: *Traité de réflexothérapie.* A. Maloine, Parigi. Vi troverà anche utili indicazioni bibliografiche.

DR.

Al dott. M. D'Ambrosio, da S.:

Consulti: L. BARD. *Précis des examens de laboratoire employés en clinique.* Masson, ed., Paris; V. GIUDICEANDREA. *Diagnostica medica e mezzi sussidiari di laboratorio.* L. Pozzi, ed., Roma; A. JUILLET e L. GALAVIELLE. *La pratique microscopique.* Doin, ed., Paris; P. SISTO. *Microscopia e chimica clinica.* Unione tip.-ed., Torino.

fil.

Al dott. L. C., abb. n. 7672:

Il volume del GANASSINI: *Come si estraggono e come si titolano le vitamine*, è stato edito dall'Istituto Biochimico Italiano di Milano.

fil.

Al dott. Nichitas Dimitriu, da Castelrosso:

Consulti: E. VENEZIAN. *Prontuario terapeutico.* L. Pozzi, ed., Roma; C. P. GOGGIA. *Formulario ragionato di clinica medica e terapeutica.* V. Idelson, Napoli; LYON e LOISEAU. *Formulaire thérapeutique.* Masson, ed., Paris.

fil.

VARIA.

La criminalità mistica nella società moderna.

Costedoat (*XV Congresso di medicina legale francese*, 1930) ingloba nel suo studio tutte le reazioni antisociali tinte di misticismo, i suicidi, i furti, le truffe, le fughe ed i delitti di sangue, limitandosi ai fatti di ordine parareligioso, senza estendersi al dominio politico-sociale e fa un confronto sull'influenza del misticismo nella criminalità attuale con quella dei secoli scorsi.

Le reazioni antisociali di questo gruppo derivano, quando si tratta di individui isolati, da psicopatie od anche da veri stati di alienazione; sono quindi analoghe a quelle che si trovano in altri stati mentali, differendone soltanto per le modalità, in quanto che il misticismo non ha, per se stesso, alcun valore criminogeno. Le vittime appartengono alla cerchia immediata dell'omicida; vi si distinguono degli atti da pseudo-giustiziere, altri che rivestono una maschera altruista, dei delitti sul tipo del sacrificio d'Abramo, altri contro i « posseduti », gli stregoni; si tratta spesso di violenze impulsive.

Gli attentati contro se stesso, di ordine altruista, espiatorio, purificatore rivestono la forma della castrazione, dell'incinerazione, dell'enucleazione degli occhi; si sono persino vedute delle crocifissioni.

La criminalità collettiva è ancora più violenta, per il fatto stesso di essere collettiva. I delitti contro i pseudostregoni ne costituiscono la parte più importante e si sono avuti anche recentemente in Francia (Bombon, Nantes). Dalle stesse credenze dipendono gli attentati contro i posseduti, come si ebbe, sul principio del secolo scorso, la setta dei Pöschlidner, nell'Alta Austria. L'A. cita inoltre il fatto di Beylis, l'israelita russo che venne accusato di avere assassinato un giovane cristiano allo scopo di usarne il sangue per certi riti; fatti ed accuse analoghe si sono ripetute spesso. Gli attentati contro i sacerdoti, contro gli increduli, quelli di natura sadica (flagellanti) non sono delle rarità; vi sono ancora dei credenti i quali rifiutano l'intervento del medico per se stessi e per i propri figli!

La setta russa degli Skopzi, o castrati, è un bell'esempio del pericolo che rappresentano certe credenze deviate che possono anche portare al suicidio collettivo (murati vivi di Tarnopol), massacro del governo di Perm, autocombustione dei fedeli, del monaco Falaley, ecc.

Le sette devono, naturalmente, attirare l'attenzione specialmente per la loro composizione complessa, in cui si trova ogni sorta di persone: psicopati, isterici, deboli mentali, individui in mala fede, credenti entusiasti, attorno ai quali gravitano spesso degli abili commercianti.

In confronto a queste, i movimenti politici criminali sono, in generale, più durevoli e si propagano maggiormente; ben diversi ne sono i capi.

L'A. si domanda poi quale è la parte che ha il misticismo nella produzione di questa criminalità. Al pari di tutti gli stati passionali, esso può essere fattore di reazioni antisociali ed imprimere loro il suo marchio, ma non agisce, sia esso associato o non a stati mentali patologici, che liberando delle tendenze anteriori alla sua comparsa ed estranee ad esso.

Nel corso degli ultimi secoli, si è poi venuta attuando una trasformazione a questo proposito. Le accuse di « malefizio » non trovano più credito presso i giudici che, invece, ordinano delle perizie psichiatriche. Le leggi non puniscono più gli atti di magìa, nè i delitti contro la religione; inoltre, la tinta mistica colora sempre di meno i delitti degli alienati che sono maggiormente preoccupati delle scoperte scientifiche moderne o delle concezioni politico-sociali. Si può quindi parlare, anche in questo campo, di una vera evoluzione.

Come poi ha osservato Piédelièvre allo stesso Congresso, è necessario distinguere fra il mistico ed il delirante mistico. In entrambi si ha un'idea prevalente, la quale è compatibile nel primo con la vita sociale normale, mentre è incompatibile nel secondo, provocando dei disordini (reazioni antisociali). Così San Paolo (mistico puro) sapeva adattare la sua vita alla sua idea mistica dominante, senza essere alla sua completa dipendenza, sicchè alcuni dei suoi viaggi (come quello di Roma), sono stati condizionati da avvenimenti della sua vita indipendenti dal misticismo. In molti di questi fatti, poi, il malato, il psicopatico è il caporione, che trascina con sè delle persone del tutto sane, sicchè si vengono a scatenare delle passioni omicide, degli impulsi collettivi istantanei in individui che, presi isolatamente sono dei normali del tutto inoffensivi. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. MONDIO. *La Rodanio-Calcio-Diuretina Knoll nella cura dell'ipertonia.* — Tip. Giannini, Napoli, 1929.

G. RIVA. *Tracoma-limite.* — Tip. Operaia Romana, Roma, 1929.

A. PANTANO. *Colloidi e Tumori.* — F. Vallardi, Milano, 1929.

L. CATTANEO. *Le malattie veneree e la sifilide a Milano dal 1914 al 1928.* — Poligrafica Operaia, Milano, 1929.

B. PESCAROLO. *Centro per lo studio, diagnosi e cura dei tumori.* — Tip. Minerva, Torino, 1929.

M. ROASENDA. *Spasme de torsion dans les muscles du membre superieur gauche dans une lacunaire.* — Société Française d'Imprimerie, Poitiers, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

I servizi di assistenza ai ferrovieri.

L'on. E. Ferretti, Segretario Nazionale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha diramato ai Segretari e Commissari dei Sindacati Medici Provinciali, la seguente circolare:

« Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici sta trattando con l'Associazione Nazionale Fascista dei Ferrovieri per l'assistenza sanitaria a tutti gli iscritti.

« 1) Scopo precipuo è stato anzitutto quello di ottenere la libera scelta e pagamento a vista piuttosto che il contratto a cifra capitaria.

« 2) L'Associazione Ferrovieri ha già disdetta la convenzione che finora aveva con la « Vigile » circa i servizi di assistenza sanitaria, e, con apposita circolare, ha impartito ordini alle dipendenti Sezioni provinciali perchè si rivolgano al Segretario del Sindacato Provinciale dei Medici.

« Il compenso relativo alle visite mediche generiche, verrà notificato ad ogni Segretario Provinciale, che ne curerà la rigida applicazione.

« Per le visite degli specialisti dovrà essere concessa una riduzione del 50 % sulle tariffe minime di ciascun Sindacato Provinciale.

« Si sta studiando la convenzione per le cure negli Ospedali e nelle Case di cura.

« Data l'importanza della convenzione avvenuta fra questo Sindacato Nazionale e l'Associazione Nazionale Fascista dei Ferrovieri, che fra iscritti e famiglie assommano quasi alla elevata cifra di un milione, ogni Segreteria Provinciale curerà a che il servizio medico venga espletato con disciplina, diligenza e massimo zelo.

« A norma di tutti i medici che si occuperanno delle cure degli iscritti a tale Associazione, si trascrivono le norme per l'assistenza sanitaria recentemente pubblicate dalla stessa Associazione.

« La suddetta Convenzione è andata in vigore col 1° luglio 1930, a. VIII ».

II. *Del servizio medico generico.*

Art. 1. — L'assistenza medica generica ai soci a famigliari è data a domicilio dei soci su loro richiesta e negli ambulatori dell'Associazione.

Il socio deve richiedere la visita domiciliare del medico generico solo quando le sue condizioni di salute non gli consentono di recarsi alla visita presso l'ambulatorio dell'Associazione e in mancanza presso l'ambulatorio del medico.

Art. 2. — Il socio che abbia bisogno del medico a domicilio, sia per sè, sia per uno dei suoi famigliari, deve dare avviso scritto o telefonico al recapito da lui stabilito, indicando in ogni caso, nome e cognome del malato ed il suo preciso indirizzo (quartiere, via, numero, scala, interno).

Art. 3. — Il medico deve recarsi al domicilio del socio che lo ha chiamato al più presto possibile ed in ogni caso entro sei ore da quella in cui la richiesta pervenne al suo recapito.

Art. 4. — Il socio dovrà ogni volta presentare o far presentare dal proprio famigliare al medico la tessera dell'assistenza sanitaria della cui esattezza e regolarità egli è personalmente responsabile.

Art. 5. — Se il medico, nella visita domiciliare, non riscontra una malattia, il socio è tenuto a corrispondergli l'onorario secondo la tariffa del Sindacato Provinciale Medico.

Art. 6. — A visita fatta il socio o il famigliare del socio deve rilasciare al medico un tagliando staccato da apposito libretto, distribuito ai soci dalle Segreterie di cronicità.

Per le visite notturne il socio rilascia al sanitario due tagliandi.

Sono visite notturne quelle effettuate dalle ore 20 alle 7 dal 1° novembre al 30 aprile e dalle ore 22 alle 6 dal 1° maggio al 31 ottobre.

Art. 7. — Il medico deve denunciare al Segretario di Sezione i casi di malattie dovute a sregolatezze o colpa che riscontri nei soci e famigliari e riferire i casi di cronicità.

Deve anche denunciare tutte le irregolarità o gli abusi che riscontri o di cui abbia anche indirettamente conoscenza.

III. *Del servizio medico specialistico.*

Art. 1. — Il servizio dei medici specialisti è dato ai soci e famigliari gratuitamente e per tutta la durata della cura negli Ambulatori dell'Associazione e, in mancanza negli Ambulatori dei medici specialisti.

Art. 2. — Nelle Sezioni ove è costituito un ambulatorio dell'Associazione i soci ed i famigliari dei soci debbono recarsi direttamente alla visita del medico specialista presso l'ambulatorio, secondo l'orario stabilito, esibendo al medico o all'incaricato la tessera dell'assistenza.

Art. 3. — Nelle Sezioni ove non è costituito un Ambulatorio dell'Associazione, i soci ed i famigliari dei soci debbono recarsi alla visita del medico specialista presso l'ambulatorio del medico esibendo, oltre la tessera, la credenziale loro fornita dal Segretario Sezionale e da questi rilasciata ai soci e famigliari dietro dichiarazione scritta dal medico generico circa la necessità della visita specialistica.

A visita effettuata il socio rilascerà al medico un tagliando di visita.

Art. 4. — Le prestazioni di opera dei sanitari per medicazioni, iniezioni e vaccinazioni, eseguite da medici generici e specialisti ai soci e famigliari negli ambulatori dell'Associazione o, in mancanza negli ambulatori dei sanitari, sono a carico dell'assistenza.

Art. 5. — Per gli interventi chirurgici di qualsiasi natura il socio e i famigliari del socio sono tenuti a pagare direttamente al sanitario gli onorari in base alla tariffa minima concordata con l'Associazione.

Art. 6. — Sono a carico dell'assistenza gli interventi chirurgici dello specialista ostetrico, nelle occasioni di parto delle socie o delle mogli dei soci.

Art. 7. — Le prestazioni del medico specialista in venereologia sono date ai soci e famigliari dei soci con il pagamento da parte del socio degli onorari spettanti al medico secondo la tariffa minima concordata con l'Associazione. Il pagamento è fatto direttamente dal socio al medico, il quale è tenuto ad applicare ai soci, la tariffa convenzionata dietro presentazione della tessera dell'assistenza sanitaria.

Art. 8. — Le prestazioni del medico specialista in odontoiatria sono date ai soci e famigliari dei soci gratuitamente per quanto riguarda la cura e la pulizia della bocca e le estrazioni dei denti. Per ogni altra opera e per l'applicazione dei materiali il socio e il famigliare è tenuto a pagare direttamente al sanitario gli onorari in base alla tariffa minima concordata con l'Associazione.

Art. 9. — L'opera dei medici specialisti a domicilio dei soci è ammessa nel solo caso di consulto richiesto dal medico generico e dietro autorizzazione del Segretario Sezionale.

Art. 10. — Non è ammesso il rimborso di spese sostenute dai soci per esami di laboratorio: chimici, clinici e bromatologici.

Art. 11. — I medici dell'Associazione possono rilasciare certificati ai soci e famigliari dei soci relativamente alla malattia da loro sofferta purchè non occorrano al socio per fatto del suo impiego nell'Amministrazione Ferroviaria.

L'onorario ai medici per il rilascio dei certificati stessi è a carico del socio.

IV. *Dell'assistenza ai parti.*

Art. 1. — L'assistenza al parto è data per parto delle socie e delle mogli dei soci e comprende l'assistenza prima e dopo il parto.

Art. 2. — L'assistenza al parto è assicurata dall'opera delle levatrici, dei medici generici e di medici specialisti in ostetricia.

È compreso nell'assistenza il pacco ostetrico.

Art. 3. — Prima di richiedere l'opera della levatrice, la gestante ha l'obbligo di recarsi a visita dallo specialista ostetrico presso l'ambulatorio dell'Associazione e in mancanza presso l'ambulatorio del medico.

Art. 4. — L'assistenza al parto può essere data presso una sede diversa da quella nella quale la socia o la moglie del socio è iscritta, sempre che ne venga fatta anticipata richiesta al Segretario Generale e questi abbia dato il benestare.

V. *Del servizio dei gabinetti radiologici.*

Art. 1. — Su richiesta scritta dai medici dell'Associazione, previa autorizzazione del Segretario Sezionale, i soci e i famigliari dei soci possono fruire dell'opera dei gabinetti convenzionati con l'Associazione per esami radioscopici e radiografici.

Art. 2. — Le prestazioni gratuite ai soci e famigliari dei soci sono date esclusivamente per radiografie e radioscopie.

Il medico deve consegnare al socio copia dell'esame radiografico compiuto e l'interpretazione scritta dell'esame radiografico e radioscopico.

Art. 3. — Per ogni altra cura fisioterapica il socio o il famigliare del socio è tenuto a pagare direttamente al sanitario gli onorari in base alla tariffa minima concordata con l'Associazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario Consorziale di Ivrea, Bollengo, Borgofranco, Banchette, Cascinette, Chiaverano, Fiorano, Lessolo, Montalto Dora, Pavone, Salerano e Samone. Stipendio iniziale L. 14.000 annue, oltre L. 6000 annue per indenn. trasporto. La residenza per l'eletto a tale posto è fissata in Ivrea. Domande e documenti di rito vanno presentati entro il 30 settembre alla R. Prefettura di Aosta.

CAMPOBASSO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo lire 11.000. Indennità servizio attivo L. 2200. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 ottobre 1930.

CANALE D'ISONZO (*Gorizia*). — Consorzio; scad. 21 sett.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 trasp., con obbligo di automobile, 6 quadrienni dec., età lim. 35 a.; ab. 9562 su Kmq. 149 in terreno montagnoso.

CASTREZZATO (*Brescia*). — Scad. 20 sett.; chied. annunzio.

CATANZARO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore sanit. del Brefotrofio; L. 10.000; è consentito l'esercizio professionale libero; età lim. 40 a.; documenti non anter. al 30 apr.; tassa L. 50 al Cassiere Provinc. (Banco di Napoli). Titoli di specializzazione (chiedere bando). Scad. ore 12 del 20 ott.

CESANA TORINESE (*Torino*). — Scad. 15 ott.; con Clavières; L. 10.000 oltre L. 1800 cavalc., L. 500 uff. san.

CORIO (*Torino*). — Scad. 6 sett.; 2ª cond.; L. 8000.

FERRARA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posti di Direttore e di Assistente nella Sez. Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Assegno per il Direttore annue L. 16.000 con 5 aumenti quadr. del decimo, oltre a una indenn. di serv. attivo di L. 4000 e eventuali premi di operosità in relazione al lavoro per le indagini di interesse privato. Assegno per l'Assistente annue L. 12.000 con 5 aum. quadr. del decimo, oltre a una indenn. di serv. attivo di L. 2000 e indenn. caro-viveri se dovuta, nonchè eventuali premi operosità in relazione al lavoro per le indagini di interesse privato. Entrambi gli assegni sono al lordo della tassa di ricch. mob., della Imposta Compl., della ritenuta per la Cassa di Prev. pensioni sanitari e dell'I. N. I. E. L. La nomina sarà fatta per un biennio in prova, con obbligo residenza in Ferrara. Scadenza 15 settembre 1930. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

GROSSETO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente della Sezione Medico-Micrografica e Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio iniziale per ciascuno dei due posti L. 9500 aumentab. di un decimo per ogni quadr.

fino a raggiungere il massimo di L. 14.250, più un supplemento di serv. attivo di L. 1500, più una indennità di alloggio di L. 500, ed altra indennità di caro-viveri, se ed in quanto dovuta, nella misura e durata che sarà conservata agli altri impiegati della Provincia, nonchè una quota di compartecipazione alle contravvenzioni, ed il 10 % sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Domanda, documenti, certificati, ecc. (per questi richiedere il bando di concorso) debbono pervenire alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale non oltre le ore 18 del 1° ottobre 1930.

GUBBIO (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; 3° reparto urbano e 7° rurale; L. 8000 e L. 9000 rispett., oltre L. 1800 serv. att., ecc.; tassa L. 50,15; età lim. 40 a.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto 31 ag.; resid. nel capoluogo; L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 1200 con supplenza di un mese, L. 1000-2500 trasp.; riconoscim. serv. anteriori; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 lug.

ROMA. *Ministero della Guerra* (*Direzione Centrale di Sanità Militare*). — Nella dispensa 42ª in data 25 luglio è stato pubblicato il bando di concorso per titoli ed esami per 25 posti di tenente medico in S. P. E. Vi potranno partecipare gli ufficiali in S. P. E. e di complemento di qualsiasi arma o corpo, i sottufficiali ed i militari di truppa, sia in servizio sia in congedo, nonchè i medici civili, i quali non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente medico in S. P. E. Per gli ex combattenti il limite di età è elevato di 5 anni. La domanda, diretta al Ministero della Guerra (Direzione generale personale ufficiali) ed i relativi documenti dovranno essere presentati ai Comandi di Distretto, per i militari in congedo, ed ai Comandi dei Corpi od Enti cui sono effettivi, per i militari in servizio, non oltre il 31 agosto.

ROMA. *Consorzio provinciale antitubercolare*. — Direttore sanitario. Concorso per titoli di carriera, clinici e scientifici; i titoli clinici e di carriera avranno prevalenza su quelli scientifici generici.

Stipendio L. 38.000, con due aumenti quadriennali del decimo; indennità servizio attivo fissa ed invariabile di L. 12.000 annue. Iscrizione alla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari.

Inibizione dell'esercizio professionale, di consulente ed ogni altra attività del genere presso privati ovvero Enti od Amministrazioni pubbliche o private di qualsiasi specie.

Documenti: nascita, cittadinanza, penale, buona condotta, obblighi di leva, sana costituzione (per gli invalidi di guerra, disposizioni dell'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2029), stato di famiglia (tutti non anteriori a 3 mesi dal 26 luglio). Diploma di laurea conseguita entro il 31 dicembre 1924 (o 31 dic. 1925 per quelli che si trovano nelle condizioni del R. D. citato). Duplice elenco dei documenti scientifici, di carriera e clinici. Età non inferiore ai 30 anni, non superiore ai 45, al 26 luglio (eccezioni legali). Limite massimo non applicabile a chi occupi posti di ruolo presso Istituti antitubercolari dipendenti da pubbliche Amministrazioni.

Il Direttore è alle dipendenze del Presidente del Consorzio ed è preposto all'organizzazione ed al coordinamento di tutti i servizi sanitari ed amministrativi del Consorzio, alla sorveglianza ed al controllo di essi, allo studio dei provvedimenti atti allo sviluppo dell'azione del Consorzio.

Commissione aggiudicatrice del Concorso, composta di: un professore titolare di Clinica medica, un professore universitario specialista in malattie degli organi respiratori (tisiologia), un professore ordinario di igiene, un professore universitario di radiologia, un rappresentante del Sindacato nazionale fascista medici. La Commissione presenterà una graduatoria di merito (escluso l'*ex aequo*) e la nomina avverrà seguendo rigorosamente l'ordine di tale graduatoria. Disposizioni legali di favore per gli ex-combattenti

Assunzione del servizio entro 15 giorni dalla nomina. Biennio di prova.

Scadenza: ore 12 del 30 settembre.

Schiarimenti presso la sede del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma (Palazzo della Provincia), Via Quattro Novembre 119-A, nei giorni feriali dalle 9 alle 12.

S. GIGLIO TORINESE (*Torino*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 3500 trasp., L. 800 alloggio, L. 500 uff. san.

SEGONZANO (*Trento*). — Scad. 31 ag.; L. 9500 e 5 quinquenni, oltre L. 950 uff. san., L. 1800 indenn. via, L. 1400 indenn. alloggio, c.-v.

TERNI. *Amministraz. Provinciale*. — Direttore della Sez. med.-micrograf. e assistente della Sez. chimica del Laborat. Provinc. d'Igiene e Profilassi; rispettiv. stip. L. 14.500 e L. 10.000; 5 scatti quinquennali di L. 1250 e L. 950; serv. att. lire 2500 e 2000; c.-v. Tassa L. 50,15. Scad. 15 ott.

TORINO. *Brefotrofio Provinc.* — Medico della Sezione di Torino; medico direttore del Laboratorio; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di pediatria; medico della Sezione di Rivoli pei servizi di ginecologia. (V. N. 30).

VICENZA. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario; proroga al 14 ag.; ore 18.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per le benemerenze acquistate nel lungo periodo di servizio ospedaliero il prof. Giuseppe Pollacci è stato testè, meritatamente, nominato primario consulente dell'Ospedale Civico di Palermo.

Il premio Maragliano per il 1928 è stato assegnato al prof. Mario Barbara, incaricato di semeiotica medica nella R. Università di Genova, per il suo volume su « La costituzione degli eredotubercolosi ».

Al prof. Barbara le nostre più vive congratulazioni.

Con R. Decreto, il presidente della Congregazione di Carità di Roma, avv. Carlo Scotti è stato insignito della medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica, la più alta distinzione onorifica di ordine sanitario, in premio alle eccezionali benemerenze dell'avv. Scotti acquistate coll'opera costantemente svolta nell'interesse della salute pubblica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Parigi.

Primo Congresso Internazionale di Microbiologia. (20-25 luglio 1930).

Nel grande anfiteatro dell'Istituto Pasteur di Parigi, si è aperto per la prima volta un Congresso organizzato dalla Società Internazionale di Microbiologia. Più di 25 nazioni, hanno delegato per rappresentarle i membri più eminenti delle loro accademie. L'Italia nel Comitato d'onore era rappresentata dall'Ambasciatore a Parigi, S. E. il conte Manzoni; e la delegazione ufficiale era così costituita: presidente: prof. Serafino Belfanti, presidente della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia; membri: prof. nob. Romano Maggiora Vergano, in rappresentanza della Direzione Generale di Sanità; ten. col. medico prof. Alfredo Germino e cap. med. U. Reitano, in rappresentanza del Ministero della Guerra; ten. col. med. dott. U. Demare, rappresentante del Ministero della Marina.

Sei relatori ufficiali sono stati scelti tra gli italiani: essi sono il sen. prof. Sanarelli di Roma, il prof. Vernoni di Roma, il prof. Serafino Belfanti e Carbone di Milano, il prof. Lattes di Modena e il prof. Volpino di Messina.

Dopo un breve saluto di benvenuto, il prof. A. Calmette, sotto-direttore dell'Istituto Pasteur, scusò il suo collega ed amico dott. E. Roux, direttore dell'Istituto, che per motivi di salute, non aveva potuto presiedere la seduta inaugurale del Congresso.

Il prof. Bordet, direttore dell'Istituto Pasteur di Bruxelles ricordò gli scopi della Società, che nell'ordine materiale sono l'organizzazione scientifica della bibliografia, lo scambio di ricercatori tra i vari paesi, la creazione di *standard* di metodi, l'unificazione della nomenclatura, e nell'ordine morale creare delle relazioni più intime tra gli scenziati delle varie nazioni e aiutare ad unirle in un ideale di pace e di solidarietà, qual'era l'aspirazione del gran cuore di L. Pasteur. Il prof. Madsen presidente del Comitato d'Igiene della S. d. N. parlò a nome dei delegati stranieri; il prof. Belfanti a nome del Governo Italiano, ed infine il sen. prof. Sanarelli, in una felice improvvisazione portò il saluto commosso e riconoscente di tutti gli allievi stranieri dell'Istituto Pasteur.

Sul tema « Variabilità microbica e fenomeni litici » oltremodo seguite furono le relazioni di Bordet, d'Hérelle, Ledingham e Arkwright, e di Max Neisser. Di sommo interesse per l'autorità dei relatori furono i rapporti di Serafino Belfanti e di Sachs su « I lipoidi nella immunità ». Il prof. Carbone di Milano parlò della « Immunità nelle piante » ed Uhlenhuth della « Spirochetosi ittero-emorragica e spirochetosi d'origine idrica ».

Sulla « Etiologia, profilassi e terapia della scarlattina » (Cantacuzène, Dochez, Friedemann, Teissier e Wadsworth espressero le loro opinioni talora contrastanti; e sulla « Febbre ondulante e l'aborto epizootico » furono molto applaudite le relazioni di Bang, Kling, Rinjard e del prof. Vernoni dell'Università di Roma.

Dotte relazioni furono quelle di Borrel, di Conti, di Carrel, Fischer e della Sig.ra Erdmann, sulle « Culture dei tessuti e dei tumori » e di Nicolle e Anderson sulle « Spirochetosi sanguigne ».

Levaditi, Netter e Rivers presentarono le varie ipotesi e suggestioni sugli « Elementi filtrabili dei virus neurotropi », mentre sul « Colera » Kitashima e il prof. Sanarelli di Roma avanzarono interessanti idee sulla patogenesi della malattia.

Sulla tormentata questione dei « Gruppi sanguigni » Hirszfeld, Landsteiner e il prof. Lattes di Modena comunicarono dei brillanti rapporti.

Infine R. Pfeiffer espose in una dotta relazione le più recenti vedute sulla « Etiologia della influenza ».

Grande fu il numero delle comunicazioni ed animate le discussioni alle quali parteciparono brillantemente i numerosi italiani, una trentina dei quali presentarono i risultati dei loro interessanti lavori.

Tutti i partecipanti hanno lodato la perfetta organizzazione del Congresso, dovuta alla sagace attività del Segretario Generale, il dott. Dujarric de la Rivière. Tra gli italiani presenti oltre la delegazione e i relatori ufficiali furono notati: prof. Andrei (Torino), prof. Arnaudi (Milano), prof. Azzi (Torino), dott. Biancalana (Torino), dott. Bergonzini (Napoli), prof. Caronia, prof. Cantani (Napoli), prof. Castellani, dott. Cerutti (Torino), prof Craveri (Torino), dott. De Blasio (Napoli), prof. Dessy (Milano), dott. De Sanctis Monaldi (Roma), dott. Finucci, dott. Fiorio, dott. Foà (Torino), dott. Lanfranchi (Bologna), dott. Leone (Torino), prof. Marocco (Alessandria), prof. Mino (Torino), dott.sa Morelli (Firenze), dott. Muggia, dott. Mussa (Torino), prof. Ninni (Napoli), prof. Pauli, prof. Pepere (Milano), dott. Pugnani (Torino), dott. Ravasini (Padova), gr. uff. dott. Ruggiero Guiscardi, dott. Revelli (Torino), dott. Reitano (Alessandria), dott. Seppilli (Padova), dott.sa Sindoni, dott. Trivellini (Torino), prof. Verdina (Torino) e prof. Volpino (Messina).

T. D. S. M.

Da Padova.

Il chiar.mo prof. Boschi della nostra città è stato nominato relatore della Società di neurologia di Parigi per la prossima riunione che avrà luogo nel 1932 nella capitale francese sul tema delle

« Meningiti sierose », in collaborazione col prof. Claude direttore della Clinica nella Università di Parigi e Barré direttore della Clinica della Università di Strasburgo.

È noto che la Società di neurologia, che conta 150 soci in tutto il mondo, è una fra le Società scientifiche più severe. Alle riunioni non si può partecipare se non dietro invito della Società stessa il cui regolamento è sotto il controllo dello Stato francese.

I relatori in generale sono francesi e raramente accade che sia aggregato uno straniero. L'invito al prof. Boschi onora, quindi, la Scienza italiana e noi ci congratuliamo vivamente con l'insigne nostro concittadino.

L. P.

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera della " Croce Rossa ,, nel Vulture.

Il senatore Cremonesi, presidente della Croce Rossa, ha dato ragguagli sull'opera prestata da questa provvida istituzione in occasione del terremoto.

Già nel treno del Ministro dei Lavori Pubblici alcuni vagoni erano destinati al trasporto di materiale e personale della Croce Rossa, comprendente oltrechè ufficiali e militi, squadre di pronto soccorso, materiale di attendamento e soccorso sanitario, che può ritenersi il primo giunto sul luogo, e che ha immediatamente esplicato la sua attività in tutte le quattro zone in cui sono state distinte le regioni devastate.

Dopo appena 36 ore le linee telefoniche erano in condizioni di poter funzionare, così quelle telegrafiche. In 48 ore in quasi tutti i comuni era stata ripristinata la luce e a sole 24 ore di distanza tutte le strade che avevano subìto avarie notevoli erano messe in condizioni di poter essere percorse.

Questa immediata riattivazione dei più importanti servizi ha permesso di poter effettuare con maggior prontezza l'assistenza ai feriti, lo sgombero della maggior parte di essi e l'inumazione immediata dei morti, tanto che a 48 ore di distanza erano tutti inumati, ad eccezione di quei pochi cadaveri che per le difficili condizioni statiche degli edifici pericolanti non era stato possibile sottrarre dalle macerie.

La Croce Rossa Italiana ha fatto immediatamente affluire da tutti i comitati viciniori numerose personalità e materiale di attendamento e sanitario che ha reso benefici incalcolabili.

Opere di soccorso la Croce Rossa ha inserito in quelle dell'Esercito, della Milizia, dei Fasci, del Genio Civile.

21° Congresso Italiano di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

In conformità alle deliberazioni del Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e T. F., era stato annunciato che si rimandava di necessità il Congresso di Rodi, a quando si fossero ottenute condizioni abbastanza favorevoli per attuare collettivamente il viaggio, e si facevano voti che al più presto tali condizioni potessero ottenersi. Per opera del sen. prof. Gabbi, esse ora sono state assicurate. La « Compagnia Italiana Transatlantica (Citra) » mette a disposizione il piroscafo « Città di Trieste » alle seguenti condizioni: posti di prima classe N. 81 a L. 1.250 per persona; posti di seconda classe N. 87 a L. 1.150 per persona; posti di terza classe N. 32 a L. 1.000 per persona. Tali prezzi sono comprensivi del nolo trasporto, letto e vitto per l'intero viaggio d'andata-ritorno, ma non dei diritti d'imbarco e sbarco dei passeggeri nei varii porti d'approdo. Si tratterà però di minimo sovraprezzo. L'itinerario si svolgerà dal 22 al 30 settembre, da e per Brindisi. È *urgentissimo* che tutti gli iscritti (che già hanno fatto il versamento di L. 30) versino ora L. 600 per la prima rata suddetta, o anche possibilmente la intera quota su precisata, variabile secondo la classe che intendono prescegliere. L'invio delle somme deve farsi all'indirizzo: « Ufficio Stampa Medica Italiana (U.S.M.I.) », che ha assunto il servizio di cassa, particolarmente affidato a uno dei segretari, dott. Carlo Corbellini, aiutato dal ragioniere sig. R. Cordani. L'Ufficio ha sede in via Vallazze 39, Milano. Nel caso che il numero degli aderenti non sia tale da rendere possibile il viaggio, saranno restituite le somme versate, salvo la tassa di iscrizione di L. 30, trattenuta per le spese generali.

Saranno fatte pratiche per ottenere possibilmente una speciale riduzione nel viaggio di ciascun congressista dalla propria sede a Brindisi e viceversa.

Congresso tedesco di neuroiatria.

La Società tedesca di neuroiatria terrà il suo Congresso a Dresda nei giorni 18 settembre e seguenti. Tema principale in discussione: « Teoria e pratica del problema della resistenza nel dominio del sistema nervoso »; relatori i proff. Boeke (Utrecht), Spatz (Monaco), Matthei (Bonn), Foerster (Breslavia) e Goldstein (Berlino).

Sedi delle Casse Mutue di malattia.

Presso il Ministero delle Corporazioni ha avuto luogo una riunione, destinata a stabilire ove dovranno aver sede le Casse Mutue di malattia per i lavoratori addetti all'industria. I rappresentanti della Confederazione dei Sindacati dell'industria hanno rilevato l'opportunità che le anzidette Mutue abbiano sede presso i Sindacati dei lavoratori, mentre i rappresentanti della Confederazione dell'Industria hanno insistito sull'utilità che le sedi siano fissate, indipendentemente dalle organizzazioni sindacali così dei datori di lavoro come dei prestatori d'opera. Dopo ampio esame del problema, i rappresentanti delle due organizzazioni sindacali interessate ne hanno rimesso al ministro on. Bottai la soluzione.

Un Sanatorio per il Clero d'Italia.

È stato costituito un Comitato Promotore e Protettore per un Sanatorio destinato al Clero. Ne fanno parte i Cardinali delle principali Sedi Arcivescovili d'Italia, mons. Ernesto Piovella, Arcivescovo di Cagliari, per la Sardegna, e l'Arcivescovo di Trento, che ebbe la prima idea e fece il primo dono per la generosa iniziativa.

Il Podestà di Arco ha scritto alla Federazione

fra le Associazioni del Clero in Italia mettendosi a disposizione della Presidenza, perchè nella bella cittadina sorga il Sanatorio. La Direzione, ecclesiastica e medica, del Sanatorio del Clero francese, a Thorenc, ha inviato i suoi auguri e la promessa di intervenire all'inaugurazione. Il Clero austriaco spera di poter profittare dell'opera caritatevole del Clero d'Italia.

Mons. Bartolomasi opportunamente ha scritto a tutti i Cappellani militari perchè mandino il loro personale contributo e facciano la massima propaganda per la raccolta dei fondi necessari.

Proposte pratiche si son fatte, sia per la costituzione di una speciale Commissione in ogni Diocesi, sia per incitare i Sacerdoti più provveduti a sottoscriversi, per L. 1000, sia per invitare tutti i Parroci d'Italia, per mezzo dei Vicari Foranei, a sottoscriversi almeno per 50 lire. I cattolici potranno esser chiamati per altra via a contribuire.

Il necessario è che quanti hanno fede e cuore imitino Clero e laicato cattolico della Francia, dove in poco tempo si è riuscito a raccogliere, per l'incitamento e l'esempio nobilissimo dei loro Vescovi, quasi sei milioni di franchi, mentre per il Sanatorio del Clero d'Italia basterà molto meno, appena un terzo.

Per l'Ospedale di Faenza.

Il Capo del Governo, per interessamento del Sottosegretario di Stato agli Interni on. Arpinati, ha concesso un sussidio di L. 25.000 a favore dell'Ospedale Civile di Faenza.

Donazioni e lasciti.

La Fondazione Rockefeller ha donato all'Università Johns Hopkins di Baltimora 887.500 doll., pari a circa 16 milioni di lire it., per promuovere le scienze biologiche, e 100.000 doll., pari a circa 2 milioni di lire it., per le discipline umanitarie.

* * *

Al banchetto annuale della Facoltà Medica e degli ex-allievi del « Rush Medical College » dell'Università di Chicago, il prof. Frank Billings, il quale ne fu per molti anni decano e professore di clinica medica, annunziò di aver fatto una donazione di 100.000 doll., pari a circa 2 milioni di lire it., per istituire quattro borse di studio, le quali recheranno i nomi di quattro insegnanti, cui egli le ha dedicate.

* * *

Il sig. W. J. Matheson, ex presidente della « National Aniline and Chemical Company », ha lasciato morendo 600.000 doll., pari a circa 11 milioni di lire it., per ricerche mediche, e 400.000 doll., pari a oltre 7 milioni di lire it., per la Fondazione che reca il suo nome e che ha scopi scientifici, didattici e caritatevoli; uno dei primi compiti di questa Fondazione sarà lo studio dell'encefalite epidemica.

Per le piante officinali.

Il Ministro dell'Agricoltura e delle Foreste, S. E. Acerbo, ha presentato alla Camera un disegno di legge diretto a disciplinare in una organica serie di disposizioni la coltivazione, la raccolta e il commercio delle piante officinali.

Il disegno di legge è preceduto da una ampia relazione illustrativa del Ministro e da 19 allegati contenenti il testo delle relazioni presentate dai singoli componenti dell'apposita commissione di studio dal Ministro stesso costituita.

Per evitare l'illecito spaccio del Chinino.

Allo scopo di impedire che il Chinino dello Stato in tavolette inzuccherate (Bisolfato, Idroclorato, Bicloridrato) fornito a prezzo di favore alle Provincie, ai Comuni, ed agli Enti — e dai medesimi distribuito gratuitamente ai sensi di legge ai coloni, impiegati ed altri aventi diritto nella zone malariche — possa da parte di questi formare oggetto di illecito smercio, con evidente danno degli Enti distributori e dell'Azienda Statale, l'Amministrazione sta provvedendo a dare ai detti prodotti una colorazione caratteristica bleu, in sostituzione di quella attuale in rosa.

In tal modo i suindicati preparati saranno facilmente riconoscibili dai congeneri a prezzo ordinario destinati alla vendita al pubblico, che seguitano ad essere colorati in rosa; e si potranno così perseguire ulteriori abusi, eliminando la possibilità che essi possano restare impuniti, come finora.

Pertanto, non appena ultimate le scorte dei detti prodotti con la colorazione in rosa, man mano che si allestiranno i nuovi, gli Enti riceveranno, nei prossimi rifornimenti, Bisolfato inzuccherato, Idroclorato e Bicloridrato in tavolette colorate in bleu.

L'educazione fisica nelle Scuole.

L'Opera Nazionale Balilla ha promosso e promuove continuamente corsi fra gli insegnanti elementari, attraverso i quali questi acquistano l'abilitazione all'insegnamento dell'educazione fisica. Lo scorso anno si sono effettuati corsi informativi, organizzati dai Comitati provinciali dell'Opera, in numero di 150 e un corso nazionale in Roma al quale hanno partecipato 1200 insegnanti. Quest'anno il numero dei detti corsi è salito a 250.

Dal 1° al 31 agosto prossimo, si svolgerà il secondo concorso a carattere nazionale per direttori didattici governativi e maestri appartenenti ai ruoli regionali.

Ogni direttore governativo, che sia insegnante del ruolo regionale, riceverà dall'Opera Nazionale Balilla un complessivo contributo che va da lire 550 a L. 700, secondo le regioni, a titolo di contributo alle spese che gli insegnanti dovranno incontrare.

Le " dispense ,, universitarie.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, on. Balbino Giuliano, ha diramato ai Rettori delle Università e degli Istituti Superiori una circolare in cui deplora l'abuso della riproduzione delle lezioni dei professori a mezzo di dispense che, non essendo autorizzate e quindi rivedute dai professori medesimi, possono non rispecchiare o addirittura alterarne il pensiero; rileva la necessità che abbia a cessare siffatto abuso, doppiamente riprovevole perchè le dispense di cui trattasi recano il nome del professore che ha impartito il

corso, sia anche perchè, in base alle suddette, gli studenti compiono la loro preparazione agli esami.

Nella stampa medica.

Il periodico « L'Ospedale Maggiore » di Milano viene completamente rinnovato, aumentato di mole, stampato in carta di lusso e con tipi più nitidi; esso farà largo posto, oltre che a memorie scientifico-cliniche, anche ai problemi di tecnica ospedaliera, oggi alquanto trascurati nella stampa medica italiana.

La direzione del periodico è stata riassunta dal prof. Enrico Ronzani, il quale, com'è noto, era stato temporaneamente allontanato dagli istituti ospedalieri di Milano. Egli sarà coadiuvato da clinici e studiosi del valore di B. Rossi, L. Zoja, I Boni, C. Bagozzi. Direttore amministrativo sarà l'avv. G. Castelli; segretario di redazione il dott. G. Brunetti, cui va indirizzato tutto il materiale di redazione (presso la Biblioteca degli Istituti Ospitalieri, via Ospedale 5, Milano).

Al confratello i nostri auguri sentiti.

Inchiesta internazionale sul trattamento abortivo della sifilide.

L'Istituto Venereologico di Mosca ha compiuto un'inchiesta internazionale sul trattamento abortivo della sifilide e sulla profilassi della sifilide congenita.

La discordanza delle risposte che vengono prese in esame da F. Gamazo Gomes su « Rev. españ. de Med. y Cir. (luglio 1930), prova come non possano darsi regole fisse in questo campo.

Il prof. Lasagna.

E' ritornato dalla missione scientifica compiuta nell'America del Nord per il Ministero degli Esteri e l'Ufficio ricerche, il prof. Lasagna, della R. Università di Parma. Il suo viaggio, che aveva per iscopo la partecipazione ai Congressi medici americani e lo studio degli ospedali delle Università americane e degli Istituti di cultura, ha avuto sempre la più cordiale accoglienza da parte delle autorità nord-americane. Il prof. Lasagna presenziò al Congresso oto-rino-laringologico di Atlantic City.

La dott^a^ Bertrand-Fontaine.

Abbiamo dato notizia, nel fasc. 29 (p. 1086), della dott.a Bertrand-Fontaine, la prima donna che in Francia abbia raggiunto per concorso il posto di medico degli ospedali.

Si apprende ora dal *Journal* che la Bertrand-Fontaine è nel tempo stesso una virtuosa di violino, un *asso* del « tennis » e di altri sports, senza contare che è una brava madre di famiglia e che ha messo al mondo alcuni figliuoli. Studentessa, seguendo i corsi severi della medicina, trovava il tempo per eseguire, con arte finissima, la musica di Bach, Liszt e Chopin, maneggiava con abilità la racchetta e nuotava coraggiosamente nella Manica. Qualcuno allora riteneva che questa attività musicale e sportiva avrebbe nuociuto al buon esito dei suoi esami. Conquistandosi un posto così raro per una donna, essa dà una luminosa smentita a coloro che mettevano in dubbio il suo sapere medico.

Il « Journal » rileva che molti ingegni sono stati versatili ed eclettici, ricorda l'esempio massimo di Leonardo da Vinci.

Un filosofo dell'antichità affermava, che coltivare un'unica arte o un unico esercizio fisico, sarebbe come se dei cinque sensi se ne coltivasse uno solo. Ipnotizzati, i più, dalla loro riuscita in una cosa speciale, non tentano mai di uscirne ed ignorano quale riposo troverebbero nel manifestarsi in aspetti diversi.

Un medico che si finge ciarlatano.

I giornali recano da Vienna la notizia di un giovane medico il quale, non riuscendo a guadagnarsi da vivere, si era fatto accettare, nella cittadina di Hateseg, come garzone ciabattino; si dette a praticare delle cure miracolistiche, cominciando dalla figlia del principale; il suo successo indusse la polizia ad intervenire: egli fu arrestato sotto l'imputazione di esercizio illegale della medicina, ma potè dimostrare di essere fornito di laurea.

Vittima della professione.

Il dott. Louradour, medico capo dell'asilo d'alienati della Celette (dipartimento della Creuse in Francia), procedeva alla visita giornaliera quando venne selvaggiamente ferito al ventre da un pazzo divenuto subitamente furioso.

Trasportato subito nella Clinica Saint-Amable a Rovat, il Louradour vi fu operato dal dott. Piollet, chirurgo-capo dell'Hôtel-Dieu, il quale trovò l'intestino leso in sei posti, per la violenza e la brutalità del colpo. L'intervento non è valso a salvare la vita del sanitario. Questi contava 62 anni e dirigeva il manicomio della Celette da 26 anni. Era stato ferito e prigioniero di guerra. Era decorato della Legion d'Onore.

Il 28 luglio si è spento a Torino il sen. prof. BELLOM PESCAROLO.

Il sen. Pescarolo era fra i cultori più insigni delle scienze mediche e uno dei maggiori e dei più stimati clinici d'Italia, consulente ricercato e autorevolissimo. Nato a Torino nel 1861, a ventiquattr'anni si laureava in quella Università e quasi subito entrava nell'Ospedale di San Giovanni dove raggiunse il grado di primario. Ottenne la docenza di neuropatologia e diresse un gabinetto di elettroterapia, frequentatissimo da studenti e medici: diresse pure la sezione di neuropatologia all'Istituto medico torinese per gli infortuni sul lavoro.

Aveva prestato più volte le sue cure a membri della Famiglia Reale, tra cui la Duchessa di Genova. Alle benemerenze conquistatesi nell'esercizio pratico dell'arte medica, il prof. Pescarolo volle a quando a quando aggiungerne altre con magnifiche elargizioni.

Era molto prodigo e si devono a lui ed ai suoi ingenti contributi finanziari la formazione di un centro ospedaliero per gli ammalati di petto e di un centro di studi per le malattie del cancro.

Era membro della Reale Accademia torinese di medicina ed era stato elevato agli onori del laticlavio il 16 ottobre 1913.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 5 apr. — Numero sulla gastro-enterologia.

Arch. d. Mal. d. Reins ecc., apr. — E. PAPIN. Il riflusso vescico-ureterale nei prostatici.

Diagnost. e Tecn. di Lab., 25 mar. — M. PROTO. Veloc. di sedim. degli eritrociti nei tumori mal.

Paris Méd., 5 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Journ. Méd. Franç., feb. — Numero sull'ostruzione coronaria acuta.

Osped. Magg., 31 mar. — D. CASSARINI. Aneurismi dell'aorta addom.

Minerva Med., 7 apr. — P. GUERRA. Sclerite d'origine tbc.

Radiol. Med., apr. — O. VISCHIA. Radio-diagnostica e radio-terapia dei tumori della ghiandola ipofisaria. — A. GAVAZZENI. Coliti cron.

Bull. Ac. de Méd., 1 apr. — C. DUBOIS e N. SOLLIER. Vaccinaz. dell'uomo contro il *melitensis*.

Paris Méd., 12 apr. — J. DUMONT e P. SCHMITE. La successione ippocratica ritmata dal cuore.

Nederl. Tijd. v. Geneesk., 12 apr. — E. C. VAN RIJSSEL. Encefalite post-vaccinica.

Mediz. Klinik, 11 apr. — W. BUDDE. Azioni generali d'interventi chirurgici. — R. SCHMIDT. Stati dolorosi anginoidi.

Quaderni di Psich., gen.-feb. — G. MONDIO. Alcool e sist. nerv.

Mediz. Welt, 12 apr. — Fisio- e climatoterapia.

Münch. Med. Woch., 11 apr. — LESCHKE. Valore clinico degli streptococchi. — PFANNENSTIEL e SCHARLAU. Vitamine e infezioni.

Rif. Medica, 7 apr. — R. PALMA. Narcosi alcoolica per via endovenosa.

Riv. San. Sicil., 1 apr. — F. LOMBARDO. Comportamento dei germi su terreni irradiati.

Brit. Med. Journ., 12 apr. — E. MALLENBY. Rapporti tra dieta, salute e malattia.

Deut. Med. Woch., 11 apr. — GRÄFF. Vie d'entrata e d'invasione del reumatismo infettivo specifico.

Zbl. f. inn. Med., 12 apr. — Ricambio e secrezioni interne.

Dermosifilografo, apr. — G. PICCARD. Sifilide ed alcoolismo.

Annali d'Igiene, mar. — G. SANGIORGI. Forme di «Blastocystis» nell'intestino umano. — A. SEPPILLI. Acque potabili e idrogeno solforato. — A. SCALA e S. IACCARINO. Stati acidi e alcalini.

Rivista Terapia Mod. e Med. Prat., Milano, luglio 1930. — Lavoro Scient. ital. nel campo ginec. — I concorsi libro med. ital. — Per idrol. ital. — Iconogr. med. ital. — Notizie.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVII Roma, 18 Agosto 1930 Num. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Militare Firenze - Reparto oftalmico.

La lattoterapia in oculistica.

NOTA CLINICA

del dott. PIETRO PORRU, ten. colonn. medico.

Dopo i risultati brillanti ottenuti dalla proteinoterapia nella medicina e chirurgia generale, numerosi sono i lavori e gli studi fatti sul suo impiego in oculistica. Trattandosi però di un argomento sempre utile per il medico pratico e per il medico militare in specie, che può in molte contingenze avere a portata di mano il rimedio, perchè sostanza facilmente reperibile ed utilizzabile, ho creduto non privo d'interesse far noti i risultati da me ottenuti in varie forme oculari, delle iniezioni di latte che furono quelle che suscitarono le maggiori simpatie.

E' noto che Müller e Tanner di Vienna nel 1916 furono i primi che applicarono la galattoterapia in forme di irite ed irido-ciclite, sia per via endovenosa che sottocutanea, ottenendone benèfici effetti.

Dopo di loro, Von Plug di Dresda nel 1917 l'usò nelle più svariate forme della patologia oculare, ottenendo dei risultati veramente efficaci.

Il Pillatt l'esperimentò nella congiuntivite blenorragica.

Il Platt nel tracoma con esito però negativo.

Il Lieberman ed il Bargy nelle più svariate manifestazioni oculari.

In Italia i primi lavori si ebbero nel 1920 per opera del Trerotoli, Addario, Pissarello, e dopo di loro molti altri, in quanto che i buoni risultati ottenuti consigliarono gli studiosi a sperimentare questo metodo di cura su larga scala.

L'introduzione del latte nell'organismo per la via endovenosa è stata ben presto abbandonata perchè non priva di pericoli: per via sottocongiuntivale diede luogo a violenta reazione locale con edema palpebrale, chemosi congiuntivale, ingrossamento del ganglio preauricolare.

Viene perciò preferito il metodo delle iniezioni sottocutanee o endomuscolari che non dà luogo a complicazioni, sempre quando si siano accuratamente seguìte le norme dell'asepsi.

E' bene però ricordare che non mancano nella letteratura casi d'anafilassi la quale è più pericolosa nei bambini e nei vecchi, in quanto

— come è stato osservato — sono assai sensibili.

Neppure mancano casi di morte sebbene la letteratura ne registri tre soli e riferibili però a cause dipendenti da risveglio e complicanze di altri gravi processi morbosi di cui l'organismo era in preda.

All'iniezione di latte segue dopo 5 o 6 ore la reazione febbrile che talora è assai imponente potendo la temperatura raggiungere l'acume di 40°.5 dopo 10 ore per poi diminuire lentamente ed aversi la defervescenza completa dopo circa 20 ore, lasciando nell'ammalato, in genere, una leggera spossatezza ed indolenzimento passeggero nel punto dell'iniezione.

Quale sia il vero meccanismo d'agire del latte introdotto nell'organismo per iniezioni, numerose ed assai disparate sono le opinioni dei vari autori.

Secondo Dimitry l'agire benefico di questa terapia deve attribuirsi ad un aumento della leucocitosi, all'iperpiressia, all'aumento degli antifermenti.

L'Andoin l'attribuisce all'aumento della leucocitosi.

L'Amat ritiene che per l'azione dell'albumina del latte viene prodotto, da parte delle cellule dell'organismo, un fermento proteolitico che digerisce e trasforma quest'albumina in peptone.

Questo fermento sparso nel torrente circolatorio, oltre a distruggere l'albumina del latte, distruggerebbe anche quella formante gli essudati e quella dei corpi batterici.

Donnee spiega l'azione proteinica con la formazione di anticorpi con azione antitossica.

Pillat fa consistere l'azione del latte nella cura della congiuntivite blenorragica nell'ipertermia, e pensa che l'introduzione dell'albumina del latte aumenti l'immunizzazione dell'organismo.

Guist ammette che l'azione benefica sia dovuta non solo all'ipertermia, ma anche all'eccitata attività cellulare.

Leddgren ammette un aumento dei poteri specifici dell'organismo.

***

Tralasciando le altre teorie emesse, che dimostrano maggiormente come l'azione non sia ancora ben conosciuta, si può ritenere, con la maggioranza degli autori, che le eteroproteine del latte sensibilizzerebbero e rinforzerebbero i poteri di difesa dell'organismo, provocando iperemia e ipertermia e relativa leucocitosi e subitaneo intervento degli anticorpi specifici esistenti nell'organismo e portati al più alto grado di combattività.

Circa il latte da impiegare, numerose sono le esperienze tentate per ottenere il latte ideale in modo che esso, pur sottoposto alla sterilizzazione, non abbia diminuite le sue proprietà terapeutiche.

Furono perciò studiati vari metodi di sterilizzazione per modo che nessuna alterazione chimica avvenisse nella costituzione chimica del latte, pure ottenendosi la distruzione di tutti i microbi in esso contenuti, compreso quello della tubercolosi.

Il Louis adoperò un mezzo di sterilizzare che consiste nel far passare una corrente di 2000-3000 wolts attraverso il latte durante il suo passaggio in un tubo; la corrente viene applicata al liquido per mezzo di tre elettrodi di rame, ciascuno rinchiuso in un ricettacolo di vetro, ottenendosi in tal modo una sterilizzazione ideale.

Tali sistemi però non risultano possibili dal lato pratico e pertanto generalmente si ricorre per la sterilizzazione al calore, pur riconoscendo che in questo modo si modifica la complessa costituzione del latte, non trovandosi più allo stesso stato gli elementi che lo formano.

Nella pratica fu usato il latte di vacca, di pecora e di capra, che si sarebbe dimostrato più attivo.

Circa le dosi da iniettare nell'organismo ammalato alcuni autori cominciano con 5 centimetri cubi, altri usano dosi minori: l'Amat consiglia di iniettare per la prima volta solo 1 o 2 centimetri cubi e di salire gradatamente fino a 5 centimetri cubi e di non oltrepassare mai tale dose.

CASISTICA PERSONALE.

Nel Reparto oftalmico dell'Ospedale Militare di Firenze è da lungo tempo praticata la galattoterapia nelle varie forme oculari.

Raggrupperò i casi trattati in 3 gruppi senza descriverli particolarmente, ritenendo solo utile alcune considerazioni generali.

GRUPPO I. — *Affezioni gonococciche.*

CASO I. — C. Antonio, sergente maggiore di cavalleria, da Cecina: irite gonococcica O. D.

CASO II. — M. Giovanni, caporale 88° fanteria Livorno: irite gonococcica OO.

CASO III. — G. Giuseppe, soldato 84° fanteria Firenze: congiuntivite blenorragica O. D.

CASO IV. — A. Elio, soldato 91ª Compagnia distrettuale Udine: congiuntivite blenorrag. O. S.

CASO V. — M. Scipione, 7° regg. artiglieria da campagna Pisa: congiuntivite blenorragica O. S.

CASO VI. — C. Antonio, sergente maggiore cavalleria Cecina: irite gonococcica O. S. (recidivo).

Gruppo II. — *Affezioni dell'iride.*

Caso VII. — F. Nello, carabiniere Stazione Grosseto: irite reumatica O. S.

Caso VIII. — P. Francesco, carabiniere Stazione Massa: irite reumatica OO.

Caso IX. — P. Pietro, sergente 3° bersaglieri Livorno: irite reumatica O. S.

Caso X. — C. Giuseppe, soldato 19° artigl. da campagna Firenze: irite reumatica O. D.

Caso XI. — P. Enrico, soldato 11ª compagnia distrettuale Firenze: irite reumatica OO.

Caso XII. — F. Carmine, soldato 3° bersaglieri Livorno: iridociclite plastica OO.

Gruppo III. — *Traumatismi.*

Caso XIII. — L. Pietro, sergente 7° regg. genio Firenze: ferita sclerocorneale O. D. da scheggia di chiodo.

Caso XIV. — N. Nello, soldato 83° fanteria Pistoia: ferita penetrante O. D. con procidenza di iride e cateratta traumatica.

Caso XV. — D. Pietro, appuntato Scuola cendrale CC. RR. Firenze: cherato ipopion O. D.

Caso XVI. — B. Pietro, R. guardia di finanza, gruppo Arezzo: episclerite OO.

In tutti gli ammalati fu sempre prescelta la via ipodermica: iniezione intramuscolare glutea.

Ho usato latte intero e surrogati, ma ritengo più efficace nelle forme trattate il primo.

Il quantitativo di latte necessario fu prelevato da quello portato in mattino all'ospedale e fatto bollire a bagno-maria in apposito recipiente per 5-10' e curando che non venisse inquinato dopo la sterilizzazione.

Tenendo conto delle condizioni generali buone che in genere hanno presentato i miei pazienti, giovani e senza lesioni agli altri organi e apparati, le dosi adoperate furono inizialmente di 5 cmc., andando gradatamente aumentando fino a 8 cmc. nei casi più restii e gravi.

Le iniezioni furono praticate, come è consigliato, a giorni alterni.

Contemporaneamente alla lattoterapia venivano però praticate le altre cure, quali istillazione di collirio e fumigazioni, cure ricostituenti, giacchè è naturale ammettere che l'efficacia della cura è aumentata dall'azione degli altri rimedi che vengono solitamente usati in terapia oculare.

Tutti gli ammalati sopportarono le iniezioni, senza che si siano verificati inconvenienti degni di nota: le temperature massime raggiunte variano dai 39°.5 ai 40°.2: solo in un caso (XI), date le condizioni generali dell'ammalato, dopo la terza iniezione di 5 cmc., si ebbe, coll'iperpiressia, cefalea intensa e reazione locale che si protrasse per due giorni, impedendo la libera deambulazione, ma che si risolse senza alcun reliquato.

In tutti i casi i miglioramenti furono ottenuti dopo la terza o quinta iniezione, e posso confermare che dopo un certo numero (sei o sette) è inutile insistere, giacchè l'organismo non reagisce più in nessun modo.

Giovamento chiaro e netto ho ottenuto in tutti i casi di irite, specie nella forma reumatica: nella forma gonococcica, che potei sperimentare in sei casi, ottenni sempre un miglioramento nell'intensità e durata dei fatti infiammatori. Così pure brillanti furono i risultati ottenuti nel cherato ipopion curato inizialmente, guarito dopo la terza iniezione, e nella forma di episclerite, nella quale la produzione del nodulo e l'iperemia fu vista diminuire dopo la seconda iniezione.

L'unico risultato ottenuto negativo si ebbe nel caso grave di irido-ciclite plastica con propagazione del processo a tutta l'uvea (caso XII). Malgrado le 8 iniezioni di latte, che raggiunsero la dose di 8 cmc. con iperpiressia a 40°.5, il processo andò sempre estendendosi senza gravi fenomeni infiammatori, fino ad aversi un *occlusio pupillae* e fenomeni di glaucoma secondario: questo fatto conferma quanto già fu osservato da altri, che, cioè, il latte introdotto per iniezione ha spesso un benefico effetto risolvente nei processi infiammatori del globo anteriore dell'occhio, mentre che poco o nessun vantaggio si ha nelle alterazioni delle membrane profonde.

RIASSUNTO.

L'A., dopo avere enumerato i vantaggi ottenuti colla lattoterapia in molte forme di malattie oculari, espone il metodo seguìto in alcuni casi trattati con questa terapia, concludendo che essa è efficacissima nelle affezioni della porzione anteriore del globo oculare, mentre non corrisponde nelle lesioni delle membrane profonde.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

Mueller e Tanner. Med. Klin., 1916.
Addario. Archivio d'oftalmologia, 1921.
Pisiarello. Giornale d'oculistica, 1921.
Tierotoli. Ibid., 1921.
Spizzi. Arch. Ital. d'oftalmologia, 1922.
Maggini. Ann. d'oftalm. e clin. oculistica, 1923.
Denti. Bollettino d'oculistica, 1923.
Von Berger. Ibid., 1925.
Mazzei. Archivio d'oftalmologia, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MONTEBELLUNA.
Dott. G. MENEGALI, chirurgo prim. e direttore.

La simpatectomia periarteriosa nella terapia dei dolori da emiplegia cerebrale.

Dott. GIULIO BOMBI, chirurgo-aiuto.

La casistica della chirurgia del simpatico perivasale non ha solamente un interesse episodico, ma oggi ancora, dopo le alternative di entusiasmo e di pessimismo cui ha dato luogo la divulgazione dell'intervento proposto da Leriche, la conoscenza dei successi e degli insuccessi della simpatectomia può essere di notevole giovamento. Questo non solo per una migliore conoscenza delle indicazioni di tale intervento, ma anche perchè la fisiologia del simpatico perivasale, fondamento necessario di ogni utile azione terapeutica, può attingere alle conoscenze di clinica e di terapia elementi utili alla soluzione delle sue numerose incognite.

Sono appunto queste considerazioni che mi spingono a rendere noti i risultati ottenuti con la simpatectomia periarteriosa in due casi di emiplegia cerebrale acompagnati da sindrome dolorosa.

Se è vero che in genere, nella emiplegia cerebrale, la sensibilità è disturbata solo in tenue grado, è però noto che in alcuni casi gli emiplegici vanno soggetti a parestesie dolorose ed a veri dolori acuti, localizzati dal lato emiplegico. Alcuni di questi dolori si verificano in modo affatto transitorio nel periodo iniziale della affezione, ma altri divengono persistenti e persino abituali, così da dare al quadro clinico alcune particolari caratteristiche.

Se si pensa che gli emiplegici, i quali si adattano con facilità al loro *deficit* motorio, sopportano invece molto male queste sofferenze dolorose che li irritano e li abbattono, e se si pensa d'altra parte che i comuni analgesici falliscono per lo più nella terapia sintomatica di tali disturbi, non sembrerà superfluo cercare per altre vie un mezzo atto a portare sollievo.

Il carattere accessuale di tali dolori mi ha spinto, con criteri in fondo piuttosto empirici, a praticare in due malati del genere la simpatectomia periarteriosa; il risultato dell'intervento è stato singolarmente incoraggiante, e vale la pena di essere conosciuto anche per il profondo contrasto fra il risultato stesso e le teorie oggi accettate sulla patogenesi di tali dolori.

Il primo dei miei malati, operato nel luglio 1926, era un uomo di 62 anni, emiplegico a destra da più di un anno, il quale, dopo qualche tempo dopo lo stabilirsi della emiplegia aveva cominciato a soffrire di uno stato quasi permanente di parestesie dolorose nell'arto superiore destro, intramezzato di tanto in tanto da veri dolori acuti parossistici; queste esacerbazioni acute, che erano sempre di grande violenza, sembrava all'infermo che fossero per lo più provocate da eccitamenti periferici, sopratutto dal freddo. Obbiettivamente l'infermo presentava il quadro tipico della emiplegia cerebrale; all'esame della sensibilità obbiettiva si trovava solo una modica ipoestesia superficiale a carico della sensibilità tattile e dolorifica.

Fu praticata in anestesia locale la simpaticectomia periarteriosa dell'omerale e dall'intervento il malato trasse un immediato e completo giovamento delle sue sofferenze; il benessere si mantenne poi per il periodo di circa un anno, al termine del quale il p. decedette in seguito ad un secondo ictus.

L'altro infermo, anche esso sessantenne ed emiparetico a destra, presentava una sindrome simile alla precedente; in questo però i dolori erano localizzati in tutti e due gli arti del lato paretico, erano un poco meno violenti di quelli del precedente infermo, e non si accompagnavano ad alterazioni rilevabili della sensibilità obbiettiva, sia superficiale che profonda.

Nel giugno 1928 gli praticai in due sedute successive la simpatectomia periarteriosa, prima della omerale e poi della femorale, sempre in anestesia locale, ed anche questo infermo, come l'altro, trasse dalla operazione un immediato beneficio. Ho potuto poi seguire il malato per qualche mese e sempre egli mi affermò che i dolori non erano più ricomparsi; poi l'ho perduto di vista.

Dalla osservazione di questi fatti sembra quindi di poter affermare che vi sono dei casi in cui i dolori, che talvolta entrano a far parte del quadro della emiplegia cerebrale, possono essere beneficamente influenzati dalla simpatectomia periarteriosa. Sarebbe naturalmente molto desiderabile che esperimenti del genere fossero moltiplicati, sia per controllare la veridicità dei fatti osservati, sia per stabilire quali siano i limiti e le condizioni più favorevoli per un intervento che difficilmente si può immaginare come indicato a tutti i casi. Quello che resta di soluzione molto difficile è il contrasto fra il beneficio arrecato da un intervento assolutamente periferico, quale è quello da me praticato, e la natura invece probabilmente centrale dei dolori degli emiplegici. Se fino a qualche tempo addietro questi dolori erano interpetrati come dovuti ad una irritazione dei nervi periferici per contratture, per processi nevritici, per flogosi articolari lente, ecc., oggi, credo concordemente da tutti i neurologi, si fanno invece dipendere da stati

irritativi delle vie sensitive endo-cerebrali. Questo concetto dei dolori di origine centrale, già enunciato da Edinger, è stato poi sviluppato specialmente da Déjerine e dai suoi allievi; è ad essi che dobbiamo la concezione moderna del talamo come centro di raccolta di tutte le vie sensitive, e come centro di elaborazione di stimoli sensitivi elementari, che sarebbero poi sottoposti al controllo cosciente della corteccia, probabilmente del lobo parietale.

La sindrome talamica, come è descritta da Déjerine, comprende appunto fra i suoi elementi i dolori dal lato emiplegico, dolori persistenti, accessuali o parossistici, che non cedono agli analgesici. Certo i dolori non possono essere interpetrati come esclusivi di una lesione talamica, sia perchè esistono lesioni talamiche accertate alla autopsia che in vita non avevano dato luogo a dolori, sia perchè sono state osservate sindromi dolorose in casi nei quali l'esame anatomico ha mostrato lesioni del lobo parietale (Roussy e Foix) o della cuffia (Raymond e Castain).

E' probabile, come sostengono Foix e Nicolesco, che esistano dei caratteri comuni a tutti i dolori di origine ganglionare, sia nella prima stazione nel midollo o nel bulbo, sia nella stazione talamica, sia nelle terminazioni corticali; oltre che per lesioni gangliari i dolori si possono avere anche per lesioni delle vie sensitive centrali in tutto il loro decorso, e quindi nel midollo, nella calotta, nel tratto talamo-corticale; ad ogni modo però si tratterebbe sempre di fatti centrali, e nel caso di emiplegia cerebrale, di stati irritativi delle vie sensitive endo-cerebrali.

Il fatto che i dolori a tipo parossistico siano spesso provocati da irritazioni periferiche anche minime, specialmente dal freddo (Marie e Bouttier), non sembra contrastare con questa concezione; di tale fatto che esisteva appunto in uno dei miei infermi, Head dà una interessante spiegazione che vale la pena di ricordare. Secondo questo Autore la corteccia esercita per mezzo delle vie cortico-talamiche un controllo permanente sul talamo; quando per una lesione di queste vie o dei centri corticali il controllo venga a mancare, il talamo verrebbe a trovarsi in uno stato di iperattività permanente e tenderebbe a reagire in modo esagerato a qualunque stimolo sensitivo (surreazione di Head).

Di fronte a questa concezione tutta centrale dei dolori degli emiplegici, stanno i risultati ottenuti con un intervento come la simpatectomia periarteriosa al quale fino ad oggi non sappiamo attribuire nulla di più che un'azione assolutamente periferica. Essa infatti viene considerata come un mezzo destinato a portare modificazioni nella innervazione vasomotoria e forse anche trofica della zona situata a valle del tratto di arteria decorticato; ricerche cliniche e sperimentali numerose, fra cui alcune anche recenti, non si allontanano da questo punto di vista, ed esso non è tale da da darci una spiegazione dei fatti osservati, a meno che non si voglia ritornare per alcuni casi di parestesie dolorose degli emiplegici, al concetto della origine periferica.

Senza avere la pretesa di risolvere il problema, questa nota non ha altro scopo che quello di richiamare su di esso l'attenzione, giacchè di fronte ad ogni teoria, per quanto autorevole e seducente, i fatti onestamente e diligentemente osservati hanno una dignità non minore.

Indipendentemente poi dalla interpetrazione del meccanismo con cui la simpatectomia possa avere agito, queste osservazioni, ove fossero confermate, mi sembra che possano interessare il pratico, al quale offrono un mezzo semplice ed assolutamente innocuo, adatto ad alleviare delle sofferenze particolarmente increscìose per il malato e ribelli ai metodi usuali di terapia.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di aver ottenuto buoni risultati colla simpatectomia periarteriosa in due casi di emiplegia cerebrale accompagnata da dolori persistenti nel lato emiplegico. Richiama l'attenzione sul contrasto tra i fatti osservati e le concezioni teoriche universalmente accettate sull'origine centrale di queste sindromi dolorose, e fa osservare quanto possa essere interessante l'importanza pratica dell'argomento.

BIBLIOGRAFIA.

1. Mingazzini. *Anatomia clinica dei centri nervosi.* Torino, 1913.
2. Roussy. In Roger, Widal, Teisser: *Nouveau Traité de Médecine*, vol. XLX, 1925, pag. 26.
3. Roussy. *Questions neurologiques d'actualité*, 1922, pag. 89.
4. Foix. *Sur les troubles sensitifs de l'hémiplegie avec aphasie.* Revue Néurologique, 30 genn. 1912.
5. Head. *Cortex and sensation.* Brain, vol. XLI, p. III, 1918, pag. 253.
6. Id. *Sensation and the cerebral cortex.* Ibid., vol. XLI, p. II, 1918, pag. 57.
7. Id. *Studies in neurology.* London, 1920.
8. Head e Holms. *Sensory disturbances from cerebral lesions.* Ibid., vol. XXIV, 1912, pag. 102.
9. Nicolesco. *Contribution à l'étude des syndromes douloureuses par atteinte des relais cellulaires de la sensibilità.* Thèse de Paris, 1923.

10. COLLE e PECCO. *Ricerche sperimentali e osservazioni istologiche sulle arterie dopo simpaticectomia.* Arch. It. di Chir., vol. XXI, f. I, aprile 1928.
11. ID., ID. *Modificazioni delle arterie in seguito a simpatectomia.* Atti della Soc. Ital. di Chir., ottobre 1927.
12. RUBASCHOW. *Simpaticectomia.* Zentralbl. f. Chir., vol. IV, n. 12, marzo 1928.
13. MÜLLER. *Simpaticectomia periarteriosa.* Ann. of Surg., vol. LXXXVIII, n. 3, sett. 1928.

RIVENDICAZIONI

Le anomalie del ricambio idrosalino.

In un suo lavoro sul diabete insipido (*Giornale di Clinica Medica*, 1930, fasc. VI) il dott. L. Vernetti Blina afferma che spetta a Veil « il merito di aver posto nello studio della patogenesi del diabete insipido la questione del meccanismo istogeno extrarenale » e « il merito di avere richiamata l'attenzione sui disturbi del ricambio idrico-salino intermediario ».

Vi si legge pure che in alcuni infermi di diabete insipido può riuscire efficace terapeuticamente una dieta povera di cloruro di sodio « in base alle dimostrazioni date da Tallqvist ».

A siffatte affermazioni contrasta il fatto che le pubblicazioni estere citate, tanto quelle di Veil, quanto quelle di Tallqvist, sono abbastanza posteriori per data ai miei lavori, prima dei quali nessun osservatore, nè in Italia, nè all'estero, aveva dimostrata o illustrata, nè nel diabete insipido, nè in altra malattia, la esistenza di perturbamenti extrarenali, cioè intraorganici generali, nel ricambio reciproco tra cloruro di sodio, acqua e sostanze proteiche, come nessun osservatore, prima dei miei lavori, aveva provato che il cloro nell'ambiente intraorganico può riescire un tossico in alcune circostanze peculiari e per queste circostanze peculiari convenga a scopo terapeutico una dieta scarsa di cloro.

In realtà, i miei primi lavori furono pubblicati in *Riforma Medica* (1893), indi sulla medesima *Riforma Medica* nel 1897 (n. 181), negli *Atti del X Congresso Italiano di Medicina Interna* in Roma (ottobre 1899), in una memoria sintetica delle varie mie ricerche e i risultati, furono pubblicati su questo *Policlinico*, volume IX, n. 12-*bis* (dicembre 1902), con il titolo: « Il diabete insipido come anomalia del ricambio. Resoconto completo delle ricerche ».

Prescindo dalla citazione della mia prelezione del 19 novembre 1903 al Corso di Clinica Medica Generale nella R. Università di Napoli, pubblicata il 15 marzo 1904 sul *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*. Il titolo di questa prelezione pubblicata fu: « Le anomalie qualitative nel ricambio del cloro ».

Invece, la pubblicazione di Veil è del 1925 (trentadue anni dopo il mio primo lavoro); la pubblicazione di Tallqvist è del 1903 (dieci anni dopo il mio primo lavoro).

Prima di tali miei lavori nessun osservatore aveva proposta la dieta ipoclorurata o aclorurata, nè nel diabete insipido, nè nelle malattie dei reni, nè nelle malattie del ricambio. Infatti, la dietetica aclorurata nei nefritici venne proposta da Achard nelle nefriti per la prima volta nel 1901, data posteriore di otto anni al mio primo lavoro del 1893, bene inteso però che in una mia lezione stampata sulla *Medicina Italiana* nel 1904 (n. 28) dal titolo: « Il significato della ritenzione dei cloruri nei nefritici », in base alle mie osservazioni cliniche posi in guardia i pratici sull'abuso della dietetica aclorurata nei nefritici e sulla sua inopportunità negl'infermi, in cui manchi il fenomeno della ritenzione dei cloruri, come ritenni fuori proposito quella dietetica negl'infermi di diabete insipido, nei quali manchi quella che chiamai « cloro-iperdialisi » o « cloroiperosmosi ».

Napoli, 1° agosto 1930-VIII.

Prof. ANDREA FERRANNINI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il virus tubercolare. (Granulemia prebacillare e bacillosi).

(CALMETTE e VALTIS. *Annales de l'Institut Pasteur*, giugno 1930).

E' in questo articolo esposta la sintesi di sette anni di esperimentazioni, osservazioni batteriologiche, istopatologiche, espletate nell'Istituto Pasteur di Parigi sotto la direzione ed il controllo di Calmette da una fitta schiera di studiosi: J. Valtis, A. Saenz, Van Deinse, A. Bouquet, L. Nègre, A. Certonciny, De Sanctis Monaldi, J. Misiewicz, Lacomme, Couvelaire, ecc.

Riassumiamo anzitutto brevemente i fatti: nel 1910 Fontès, brasiliano, comunica di aver notato che il filtrato di gangli tubercolosi, privo di bacilli, era capace di produrre, inoculato, l'infezione alle cavie; la tubercolosi così prodotta era una tbc. atipica e Fontès ne attribuiva la causa alle granulazioni viste e descritte da Babès, Strauss, Much, ritenute spore, oggidì note quali piccole masse protoplasmatiche, lipoidiche. Nessuno credette al Fontès. Dodici anni dopo Vaudremer constatò in culture di bacilli tbc., su terreni anazotati e anaglicerinici, la comparsa di forme atipiche non acido-resistenti, e di forme filtrabili; con

successivi passaggi in altri terreni potette avere culture formate da filamenti anastomizzantisi, granuli, non acido-resistenti, che inoculati nelle cavie producevano, a seconda della via seguìta, o indurimenti locali, o poliadenie tardive, o poliartriti, o pus in gangli caseosi contenenti granuli acido-resistenti trasformabili con culture in tipici bacilli di Koch. Nel 1923 si iniziano le ricerche dell'Istituto Pasteur di Parigi: Valtis conferma i risultati del Fontès sull'esistenza dell'ultravirus tubercolare, cioè sulla esistenza di elementi virulenti, invisibili, filtrabili, nell'espettorato dei tbc., nel pus caseoso, nel prodotto di triturazione di organi tbc., nel sangue circolante, nei diversi umori ed essudati. Valtis, Bouquet, Nègre li trovano nei veli giovani delle culture tbc. Calmette, Valtis, Nègre ecc., nel materiale della Clinica Ostetrica del Couvelaire (ove era stato impiantato uno speciale servizio per gravide tbc.) scoprono che gli elementi filtrabili passano attraverso la placenta come passano attraverso il filtro, e sono capaci di infettare più o meno gravemente il feto.

Non ripeteremo qui le tecniche usate dai ricercatori e descritte minutamente nell'articolo: sono interessanti le conclusioni che ne vengono dedotte. Per esse le concezioni classiche sull'infezione tbc., nei riguardi della patogenesi. Si può oramai ammettere che la tubercolosi, caratterizzata dalla presenza nei diversi organi, principalmente nei gangli linfatici e nei polmoni, di cellule giganti e di noduli tubercolari contenenti dei bacilli di Koch più o meno virulenti e reinoculabili in serie successive agli animali sensibili, non rappresenta che la forma cronica o la fase terminale di una infezione realizzata inizialmente da un ultravirus i cui elementi presentano uno speciale ciclo di evoluzione. Questi elementi dapprima invisibili ai più forti ingrandimenti dei microscopi, e capaci di passare attraverso i filtri, compaiono negli organi linfatici dove si moltiplicano, e nelle culture di speciali terreni, sotto l'aspetto di nuvole di granuli di polvere estremamente tenui, poi di granuli cocciformi, di cui alcuni dànno origine a bacilli finissimi, i quali si allungano e si dividono per scissione trasversale divenendo, con l'acquisto dell'acido-resistenza, veri e propri bacilli di Koch.

C. Morton Kahn, in una serie di recenti lavori, ha esattamente osservato queste fasi partendo da una cellula unica introdotta con la micropipetta di Chambers in una camera umida, e sviluppata sotto l'obiettivo stesso del microscopio.

Fino al loro ultimo stadio bacillare e finchè non si sono adattati alla vita parassitaria in un organismo sensibile, gli elementi nati dall'ultravirus sono sprovvisti di ogni attitudine a dar luogo a noduli tubercolari: essi non sono tubercoligeni. Invece, durante un breve periodo della loro evoluzione, ed in alcuni mezzi naturali ed artificiali, si mostrano capaci di produrre una tossina attiva, che sembra avere una grande affinità per i centri nervosi: essi possono allora determinare disordini rapidamente mortali, sovratutto negli animali giovani e nei bambini. Allorchè non portano a morte, la loro evoluzione prosegue, senza incidenti gravi per il loro ospite, fino al parassitismo bacillare che può essere perfettamente tollerato, o che può provocare diverse manifestazioni patologiche, la cui origine tubercolare, sospettata dai clinici, non era stato possibile finora dimostrare.

Fra queste manifestazioni bisogna comprendere un gran numero di versamenti (sierosi, pleurici, pericardici, peritoneali, meningei, articolari); alcune affezioni della pelle (eritemi nodosi, sarcoidi, tuberculidi papulo-necrotici, ecc.), alcune setticemie inglobanti la sindrome, così comune nei bambini e negli adolescenti, alla quale Landouzy aveva dato il nome di tifobacillosi: infine la stessa granulia nella quale è così difficile scoprire il bacillo di Koch, mentre il sangue contiene in abbondanza elementi filtrabili di ultravirus.

Per tutte queste forme di infezione dove l'ultravirus sembra avere la parte più importante, e che (ad eccezione della cosiddetta denutrizione progressiva dei neonati, della meningite e della granulia) sono relativamente benigne. Calmette e collaboratori credono utile creare una denominazione che li differenzi nettamente dalla bacillosi propriamente detta, e propongono il nome di « granulemia prebacillare », mentre sarà riservato il nome di tubercolosi, o meglio, di bacillosi, alle infezioni generalizzate, o localizzate che caratterizza la formazione di noduli tubercolari o tubercoli, e che evolvono cronicamente.

Da molto tempo Baumgarten e recentemente E. Sérgent avevano presentito l'esistenza di una tappa « prebacillare virulenta » avanguardia delle localizzazioni tubercolari. Queste ultime in realtà non sono che l'atto finale di un dramma, il cui prologo è stato una infezione generale linfatica o sanguigna realizzatasi per mezzo dell'ultravirus, sia con le forme prima granuliche, poi bacillari. Appartiene ora ai clinici la delimitazione del dominio rispettivo della granulemia prebacillare, della granulia propriamente detta (forma di transizione) e della bacillosi. MONTELEONE.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Complicazioni secondarie in malati d'empiema pleurico.

(HOFBAUER. *The British Medical Journ.*, 16 novembre 1929).

L'intervento chirurgico nell'empiema, osserva l'Autore, se elimina il pericolo immediato di morte, non dà quasi mai la *restitutio ad integrum.* Spesso seguono suppurazioni croniche, che possono anche condurre a morte e che obbligano ad interventi successivi; per lo meno residuano, spesso, disturbi funzionali e deformazioni anatomiche.

Le complicazioni postoperatorie possono aversi tanto se l'intervento ha ampiamente aperto il torace, quanto se si è limitato a svuotamento seguìto da pneumotorace artificiale. Esse si dividono in tre gruppi: 1) deformità; 2) disturbi funzionali (dispnea, disturbi circolatori); 3) pericolo di morte per piotorace *ex vacuo.*

Disturbi funzionali (affanno, oppressione, dolore) si possono avere quando il paziente dalla posizione seduta si pone in decubito laterale (a volte solo nel decubito sullo stesso lato dell'empiema, a volte nel decubito controlaterale); essi si spiegano facilmente notando che la normale dislocazione dei visceri coi cambiamenti di posizione viene ad essere ostacolata dalla presenza di aderenze.

Questi disturbi possono essere tanto imponenti da condurre ad una vera « clinofobia »; coll'osservazione sistematica si può stabilire un rapporto fra la forma della clinofobia e la sede delle aderenze: se il dolore compare in decubito laterale l'aderenza è pure laterale, se in decubito prono o supino l'aderenza è anteriore o posteriore o dell'angolo costodiaframmatico. Che siano le aderenze a provocare la clinofobia lo prova anche il fatto che si osservano modificazioni non solo della forma ma anche della funzione diaframmatica.

L'essudato pleurico tende a raccogliersi alla base anche dopo puntura evacuativa o altro intervento e questo fatto è anche favorito dalla diminuita mobilità toracica e specialmente diaframmatica. Ci si può domandare se è utile in questi casi stimolare gli atti respiratori. L'A. ritiene che si può portare il diaframma più vicino possibile alla posizione espiratoria col decubito sul lato malato, per parecchie volte al giorno e per un certo tempo ogni volta. Si può trovare difficoltà a farlo; però coll'esercizio graduale ci si riesce e allora si accelera il graduale ritorno del diaframma alla posizione normale e già durante la cura si osserva un aumento dell'escursione respiratoria, aumento che si può anche favorire con ginnastica respiratoria che provochi movimenti espiratori della parete addominale.

La ginnastica respiratoria può anche ridurre gli inconvenienti delle aderenze alla parete toracica, procedendo naturalmente con cautela.

In quanto alle deformità secondarie, non è chiara la patogenesi della scoliosi post-empiema. L'A. ha notato un rapporto fra il comportamento diaframmatico e l'atteggiamento della colonna vertebrale: una malformazione diaframmatica si accompagna a scoliosi con convessità verso il lato sano e abbassamento della spalla al lato affetto, mentre con diaframma libero si ha convessità della colonna dal lato malato e ascensione della spalla dello stesso lato. Queste deformità sono beneficamente influenzate dalla ginnastica respiratoria.

Si può osservare una suppurazione cronica seguente l'intervento; può essere suggestiva l'idea che in questo caso si tratti di piotorace *ex vacuo* e allora può giovare un intervento plastico che faccia aderire le due pleure. La retrazione del tessuto polmonare dalla parete toracica è favorita dalla diminuita funzione respiratoria e allora è utile riattivare questa. Ma in alcuni casi questo metodo fallisce e cercando accuratamente si trova nella maggior parte dei casi che la suppurazione cronica è mantenuta da corpi estranei nella pleura (pezzi di gomma dei tubi di drenaggio, lembi di fibrina).

R. LUSENA.

La regolazione del respiro dopo paralisi dell'emidiaframma.

(J. HEAD. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, giugno 1930).

La paralisi diaframmatica è largamente usata nella cura della tubercolosi e può dare buoni risultati tanto per lesioni basali che per lesioni apicali, il che si spiega col fatto che il polmone ha anche un'espansione verticale. I risultati terapeutici variano dalla guarigione, al miglioramento, al peggioramento. Val la pena occuparsi di come si regola la respirazione nella paralisi dell'emidiaframma.

In questa condizione il compenso si deve fare o con aumento della frequenza respiratoria o con maggiore espansione di tutto o di parte del torace. Secondo l'A. non c'è aumento di frequenza respiratoria nell'uomo e negli animali (secondo l'osservazione di altri invece c'è quest'aumento nei primi tempi e anche notevole. Nota d. R.).

Già Galeno aveva notato che alla contrazione diaframmatica si accompagna un movimento di elevazione delle costole a cui si inserisce e questa concezione persistette finchè Borelli emise l'ipotesi che la contrazione diaframmatica deprime invece le costole inferiori.

Ma Duchenne confermò le vedute di Galeno, che furono invece poi nuovamente contrad-

dette nel 1913 da Hoover, il quale notò maggiore espansione dell'emitorace verso l'alto e l'esterno dopo paralisi dell'emidiaframma. Più recentemente Lemon nei cani e nell'uomo non ha notato modificazione costale dopo frenicotomia. Nel 1926 Roith affermò che esiste un aumento del movimento di tutte le costole dal lato operato e consigliò la sezione dei nervi intercostali superiori per controbilanciare questo risultato nei casi in cui la frenicotomia era fatta per curare lesioni apicali. Schnippenkotter notò, oltre all'aumentata escursione delle costole omolateralmente, anche un'ipertrofia muscolare omolaterale.

L'osservazione di 200 casi fatta dall'A. dimostra che nell'uomo la paralisi dell'emidiaframma è seguìta da aumento omolaterale del movimento costale. Questo non si verifica nella parte superiore del torace se la lesione tubercolare è del lobo superiore, e non si verifica nella porzione inferiore se ci sono aderenze, il che dimostra un'indipendenza funzionale fra le costole superiori e quelle inferiori. Ciò dipende da varie cause:

a) *dalla rimozione della forza che il diaframma che si contrae esercita sulle costole a cui si inserisce;*

b) *dalla modificazione della pressione endoaddominale* (normalmente nell'inspirazione è positiva e negativa nell'espirazione; l'opposto si ha nella paralisi emidiaframmatica);

c) *dalla modificazione della pressione endopleurica* (che è aumentata di circa 3 cm. di acqua).

Da tutto ciò si deduce che la paralisi emidiaframmatica è compensata principalmente dall'aumento della respirazione costale, omolaterale. La frenicoexeresi è più efficace nel trattamento delle lesioni basali.

Nelle lesioni apicali in alcuni casi si ha efficacia, in altri no.

Nei casi con aderenze diaframmatiche nella parete toracica si ha il massimo aumento del movimento costale e quindi i peggiori risultati.

È consigliabile praticare oltre la frenicoexeresi un intervento che paralizzi la motilità delle costole dello stesso lato.

L'A. confermò queste vedute con osservazioni nei conigli. R. Lusena.

Contributo allo studio ed alla casistica delle stenosi tracheo-bronchiali eredoluetiche.

(G. Ferreri. *Il Valsalva*, 1930, n. 2).

La sifilide colpisce la trachea ed i bronchi molto più raramente della laringe, e per lo più nello stadio terziario o nella forma ereditaria.

La sintomatologia è all'inizio quella di una irritazione diffusa della mucosa tracheo-bronchiale. Si ha tosse accessionale, latrante, violenta con espettorato scarso all'inizio dell'attacco dispnoico, poi muco-purulento ed alla fine fluido ed abbondantissimo (stadio irritativo). Si ha poi dispnea particolarmente violenta durante la notte, gli ammalati sono fortemente dimagrati con febbre a tipo etico, con affanno continuo (stadio della dispnea permanente). Infine si ha lo stadio della soffocazione in cui l'affanno è accompagnato da senso di oppressione e lacerazione durante la tosse e si può avere l'*obitus* al primo grave attacco di soffocazione. I dati plessimetrici e ascoltatori non sono costanti e variano dall'ipofonesi al timpanismo, dall'indebolimento del murmure alla presenza di ronchi.

Le complicazioni dirette della sifilide terziaria tracheo-bronchiale sono rappresentate da perforazione nell'aorta o in una arteria polmonare o nella vena cava superiore, con la rapida morte dell'ammalato. Se la perforazione avviene nell'esofago si produce una gangrena polmonare mortale oppure soffocazione *ab ingestis;* se la propagazione si dirige verso il tessuto mediastinico, si avrà una mediastinite purulenta od icorosa. Generalmente l'ammalato muore di polmonite crupale o da aspirazione.

La diagnosi nello stato irritativo non è facile specie nell'assenza di lesioni luetiche del naso, faringe e laringe. Il sussidio diagnostico migliore è dato dalla tracheo-broncoscopia diretta con la quale si possono scorgere i fatti gommosi ed ulcerativi. La Wassermann positiva confermerà la supposizione. Nei casi dubbi ci si gioverà del criterio *ex adiuvantibus*.

Nello stadio della dispnea permanente la diagnosi è più facile perchè una tracheo-broncostenosi permanente deve sempre far pensare alla sifilide anche se non esistono altri segni di lues. La tracheo-broncoscopia farà scorgere direttamente i punti stenotici e i cercini cicatriziali che chiudono o strozzano il lume tracheo-bronchiale.

La prognosi abbastanza buona quando l'ammalato possa essere curato durante lo stato irritativo, diviene assai riservata quando i fatti stenotici si sono già stabiliti.

La terapia neosalvarsanica o mercuriale deve essere energicamente condotta. L'allargamento delle cicatrici stenosanti mediante il sondaggio è metodo assai pericoloso per le facili perforazioni e susseguenti polmoniti o mediastiniti. La broncoscopia permettendo di asportare gran copia dell'essudato settico che ristagna nei bronchi e che è causa principale della febbre a tipo etico, migliora di per sè assai le condizioni generali degli infermi.

Nei due casi comunicati dall'A. la diagnosi fu controllata tracheobroncoscopicamente, istologicamente e sierologicamente. La localizzazione luetica colpiva in tutti e due i casi specialmente l'albero bronchiale destro ed in una delle malate aveva dato luogo alla formazione di neoproduzioni granulomatose. L'energico trattamento specifico dette i migliori risultati.

V. A.

Sulla fisiologia normale e patologica dei muscoli bronchiali.

(L. HALLION. *Archiv. méd. chirur. de l'appar. respiratoire*, tome IV, n. 1).

Data la struttura anatomica dell'albero respiratorio, possiamo paragonarlo all'albero arterioso: grossi bronchi, bronchioli, canali alveolari, ricordano le grosse arterie, a malapena contrattili, le arteriole, muscolose, i capillari sanguigni destinati agli scambi, tal quale come gli alveoli polmonari. La tunica muscolare dei bronchioli può considerarsi uno sfintere capace di far variare il passaggio dell'aria fra i grossi canali respiratori e gli alveoli del polmone: i muscoli bronchiali, circolari, nel contrarsi affilano i canali aerei. L'azione del pneumogastrico e del simpatico sui bronchi è oggidì ben stabilita: il primo è broncocostrittore, il secondo, broncodilatatore. Secondo Weber, i broncocostrittori hanno due centri: uno nell'encefalo, l'altro nel midollo spinale, ed i broncodilatatori un centro nel midollo spinale. Esperienze multiple sono state fatte con le sostanze farmacodinamiche ad azione sui bronchi: alcuni utilizzando la tecnica del Trendelenburg, isolando un bronco e mettendolo in soluzione di Ringer contenente la sostanza da esaminare, ovvero con esperimenti sul polmone *in situ*. Si è visto che fra le sostanze vasocostrittive debbono mettersi quelle ad azione vagomimetica, fra le broncodilatatrici, le sostanze simpaticotrope: la muscarina ha azione broncocostrittiva marcata: la dispnea che essa determina negli animali ricorda molto la dispnea degli asmatici. Il peptone, iniettato nel sangue è fortemente costrittivo: nelle cavie determina intensa dispnea, fenomeno che noi ritroviamo nello choc anafilattico. Fra le sostanze broncodilatatrici il primo posto spetta all'adrenalina, azione che sperimentalmente si apprezza meglio non nei bronchi normali, ma nei bronchi previamente in stato di contrattura; azione vasodilatatrice hanno anche l'atropina, paralizzante delle estremità del vago, la chinina, l'ioduro di sodio, i nitrili, l'emetina, i composti benzilici, i derivati della purina, cioè caffeina e teobromina; secondo Loehr l'azione dell'acido carbonico e del cloroformio sarebbe paralizzante con dosi deboli, eccitante con le forti; azione eccitante avrebbe l'etere anche alla concentrazione giusta per ottenere l'anestesia. Trendelenburg attribuisce al catione H, fattore di acidità, ed all'anione OH, fattore di alcalinità, un rilasciamento nel primo caso, una contrazione nel secondo.

Nella provocazione della crisi di dispnea dell'asma, ha importanza lo spasmo dei bronchioli che restringe questi condotti, e la secrezione che ingombra il loro lume già ristretto.

L'adrenalina dunque determina una dilatazione bronchiale col rilasciamento della muscolatura, effetto inverso di quello che essa esercita sulle arterie. Per mettere in evidenza sperimentalmente l'azione broncodilatatrice dell'adrenalina, bisogna anzitutto mettere i bronchioli in stato di spasmo, ad esempio con l'eserina: gli effetti sono migliori quando all'adrenalina si associa l'ipofisi; l'ipofisi completa l'azione dell'adrenalina ed attenua la congestione passeggera del polmone.

È interessante conoscere i dati della patologia sperimentale sul giuoco dei bronchioli: se i bronchioli, sui tagli microscopici del polmone normale si mostrano collabire, la loro beanza deve essere assicurata nelle condizioni normali da forze puramente fisiche di trazione, esercitate dallo stroma elastico del polmone, come pure dalle pressioni interne dell'aria. Si può considerare il grado di permeabilità di questi condotti come la resultante, in ogni momento, dell'oscillazione fra queste pressioni interne che tendono ad allargare il loro lume e l'elasticità delle loro pareti che tende a restringerli. Ma le fibre lisce delle loro pareti oltre che elastiche sono contrattili, e non passivamente, ma attivamente, normalmente, ed in modo permanente. E questo tono è regolato dal sistema nervoso senza dubbio, non solo, ma è a supporre che intervenga una regolazione umorale. Come la surrenale secerne normalmente e continuamente adrenalina per mantenere il tono dei vasi in modo attivo, non potrebbero le surrenali intervenire a segregare l'adrenalina con azione frenatrice, questa volta, per regolarizzare il tono dei bronchi? Abbenchè la prova sperimentale non ne sia stata data, ciò è molto probabile.

Altro fatto da ben determinare è l'autonomia funzionale dei differenti punti dell'albero respiratorio: per esso parlerebbe la presenza nelle pareti dei bronchi e nel tessuto peribronchiale, di ammassi di cellule nervose, minuscoli centri nervosi. Ad ogni modo, con l'azione del sistema nervoso, il calibro dei bronchioli è costantemente suscettibile di modificazioni. E pertanto i muscoli bronchiali possono per la loro parte influire sul regime di pressione sulla velocità di rinnovazione dell'aria negli alveoli ed anche, meccanicamente, sulla circolazione del sangue nel polmone e nei bronchi: le modalità ed i risultati del loro intervento nelle condizioni fisiologiche non sono esattamente precisate. MONTELEONE.

TENDINI E FASCE.

Studio degli spazii fasciali del piede e loro importanza sulla diffusione delle infezioni.

(M. GRODENSKY. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1929).

L'A. ha fatto uno studio accurato delle varie regioni del piede e degli spazii che si possono delimitare. Inoltre ha eseguito iniezioni di gelatina e paraffina per studiarne i rapporti e l'estensione.

Dallo studio anatomico degli spazii aponevrotici del piede l'A. dà alcune norme per le incisioni da praticarsi nella cura delle infezioni acute. Delle incisioni sulla faccia plantare critica l'incisione mediana per la cicatrice dolorosa che ne risulta. Inoltre ricorda che molti sepimenti aponevrotici dividono il primo spazio in varie loggette e che questi sepimenti debbono essere aperti per aprire tutte le saccocce di pus. Il secondo spazio potrebbe essere anche aperto dal lato plantare, ma oltre che si può sollevare la stessa obbiezione per il precedente, si deve passare attraverso il muscolo del flessore breve, in modo che si drena male e può residuare una perdita di funzione.

La incisione plantare per giungere agli altri due spazii presenta inoltre il pericolo di ledere le strutture plantari laterali che si poggiano sul pavimento del II spazio. È meglio dunque un'incisione che sia lontana dalla parte plantare. Dallo studio anatomico si rileva come tutti questi spazii hanno una parete mediale comune che li separa dal lungo e breve flessore dell'alluce e più medialmente dal muscolo abduttore dell'alluce. Un'incisione dal lato mediale del piede in corrispondenza della superficie anteriore del primo osso metatarsale conduce sotto l'abduttore dell'alluce e il flessore dell'alluce alla parete mediale comune da cui ciascuno degli spazii plantari mediani può essere facilmente aperto con un Klemmer.

Inoltre da questa incisione si può dominare tutti gli spazii, data la possibilità che l'infezione si diffonda da uno all'altro spazio.

Una controapertura si può ottenere avanzando il Klemmer dalla parete laterale dello spazio aperto verso la faccia plantare al margine superficiale del muscolo III interosseo plantare a cui è inserita la parete laterale. Invece una controapertura, se l'incisione fosse fatta lateralmente lungo la superficie anteriore del V metatarseo, sarebbe ostacolata dal III e IV interosseo dorsale che dovrebbero essere tagliati.

L'incisione mediana nel III spazio può essere estesa posteriormente seguendo il tendine del flessore lungo dell'alluce al suo incrocio col lungo flessore delle dita. Ugualmente dicasi per il II spazio.

In un'infezione degli spazii lombricali l'incisione sarà fatta come nella mano dal lato mediale della falange prossimale al capo prossimale dello spazio. Se v'è stata diffusione allo spazio sottocutaneo dorsale, l'incisione deve essere ugualmente estesa dorsalmente dal suo capo distale.

Se l'infezione è diffusa allo spazio plantare mediano, lo si può aprire dal capo prossimale dell'incisione lombricale.

Le infezioni dello spazio laterale sotto l'adduttore del V dito sono drenate bene dalla parete laterale di questo spazio e quelle dello spazio mediale sotto l'abduttore dell'alluce attraverso la parete mediana.

Le infezioni dorsali subaponevrotiche di solito rimangono localizzate e sono aperte facilmente dal dorso del piede, ma se sono secondarie ad infezioni degli spazii plantari profondi possono essere drenate con drenaggi a doppia uscita.

Le infezioni profonde nella gamba si drenano con incisione bilateralmente al tendine d'Achille.

Le infezioni lungo i peritonei saranno aperte direttamente in corrispondenza di questi muscoli.

V. GHIRON.

Un caso di retrazione ischemica di Volkmann trattato con la resezione della guaina perineurale del mediano e del cubitale.

(L. DURANTE. *Arch. It. di Chir.*, fasc. IV, 1930)

L'A., dopo aver esposto le varie teorie patogenetiche della r. di V., riporta un caso da lui operato, nel quale la sindrome era insorta a seguito di una ferita da taglio che aveva sezionato alla piega del gomito le arterie radiale e ulnare, determinando il formarsi di un ematoma pulsante. Dopo 4 mesi dalla ferita l'A. intervenne per l'insorta retrazione ischemica con la resezione della guaina perineurale del mediano e del cubitale al 3° inf. del braccio. L'intervento portò alla rapida scomparsa di tutto quello che poteva essere conseguenza di un'irritazione nevritica nel campo della sensibilità e del trofismo ed alla possibilità della quasi completa estensione delle dita, pur stando la mano in estensione sull'antibraccio, portando, cioè una quasi completa remissione della sindrome di V.

L'A. da questo risultato crede appaia valorizzata la dottrina della neurite simpatica nella r. di V.

G. MATRONOLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

PAUL LAZARUS. *Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie.* Volume II, puntata IV. Bergmann, ed., 1930. Marchi 22,50.

Con questa IV puntata ha termine il II volume dell'opera pubblicata sotto la direzione del Lazarus: l'importanza dell'opera è dimostrata dal fatto che ancor l'edizione tedesca non è terminata e già si annunzia la traduzione spagnola.

Un bel articolo di Lazarus sulla radioterapia come mezzo di lotta contro i tumori apre il fascicolo: articolo denso di statistiche delle più varie scuole, il cui confronto ci dà un interessante colpo d'occhio sul valore della radioterapia come mezzo di cura preventiva o radicale.

Parrisius la cui competenza è nota in fatto di malattie del sangue ha scritto il capitolo sull'impiego della radioterapia in medicina interna passando in rassegna le nuove indicazioni della radioterapia nelle malattie interne (asma, artrite, ulcera, nefrite, dolori cardiaci, eresipela ecc.), nelle malattie delle ghiandole a secrezione interna per passare largamente in rassegna gli effetti della cura Roentgen nelle varie malattie del sangue.

Solomon tratta a parte la roengenterapia del Basedow: Bacmeister di cui è nota la competenza nell'argomento ha scritto il capitolo della radioterapia della tubercolosi.

Béclère e Levy han scritto un capitolo magistrale della radioterapia nelle malattie del sistema nervoso: tumori cerebrali, tumori midollari, malattie dei nervi periferici; Czerny e Karger sulla attinoterapia nelle malattie dell'infanzia.

Il capitolo infine sulla radioterapia nelle malattie infettive è stato scritto da Milani e Meldolesi; al libro, per invito di Lazarus, hanno partecipato così i radiologi delle varie nazioni di Europa. E. MILANI.

LEDOUX-LEBARD ed E. PIOT. *La radiothérapie pénétrante.* Collez. delle attualità fisioterapiche. Gauthier-Villars, ed., 1930. Un vol. in-8° di pag. 82. Frs. 15.

In piccola mole gli AA. hanno cercato di riassumere i dati tecnici e clinici della radioterapia penetrante (dicitura in realtà migliore che non r. profonda).

Una metà del libro è destinata alla tecnica, l'altra metà alle applicazioni cliniche. La tecnica è svolta con semplicità, ma naturalmente tiene conto degli apparecchi francesi e delle misure usate in Francia; tuttavia le basi fondamentali fisiche, sperimentali, biologiche sono svolte con chiara schematicità. La parte clinica è trattata con maggior respiro e mette al corrente il medico sulle possibilità della röntgenterapia. E. MILANI.

Radiologie clinique du tube digestif, sous la direction de P. DUVAL, J. ROUX, H. BÉCLÈRE. Masson, éd., Paris, 1930.

È uscito il I fascicolo della II parte dell'opera « Radiologia clinica del tubo digerente ». Gatellier, Montier e Porcher hanno trattato in questo volume la radiologia clinica dell'esofago, del tenue e del colon. È stato seguito lo stesso schema nella trattazione facendo premettere nozioni di tecnica e modalità d'indagine e poi illustrando con un gran numero di radiografie i reperti osservati. A ogni radiografia si contrappone uno schema in cui si rilevano i dati essenziali e si illustrano con dizioni i particolari.

Il libro si presenta di particolare interesse per la copia delle osservazioni cliniche e per la chiarezza della esposizione mantenuta pur tuttavia in termini molto concisi.

Il volume è edito in formato in-4°, di 176 pag. con 416 radiografie e 407 schemi. VALDONI.

Ergebnisse d. medizinischen Strahlenforschung. Vol. IV. Un vol. di pag. 694, con 395 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia. M. 94.

È uscito il IV volume di questa raccolta di riviste sintetiche che riguardano gli argomenti di attualità in radiologia e i progressi più recenti. In questo volume troviamo articoli: sulle alterazioni di forma e posizione dello stomaco da cause estrinseche, sulle radiografie del rene e dell'uretere come mezzo di diagnosi nelle tumefazioni addominali, sui raggi ultravioletti e la vitamina D, sulla protezione da raggi, sull'eritema, articoli sul cancro dell'utero, sulla cura dei neoplasmi, sulla diatermia in oto-rino-laringoiatria, sulla radiografia dello stomaco operato.

Gli articoli sono scritti da radiologi particolarmente competenti nella materia trattata e rappresentano, grazie alla estesa bibliografia, una trattazione completa dell'argomento.

Edizione in carta patinata, riproduzione ineccepibile delle figure. VALDONI.

F. TALIA. *Sui tumori dell'ansa terminale dell'ileo. (Studio clinico-radiologico).* Messina, Tip. Curti.

L'argomento è uno dei più interessanti nella radiologia dell'apparato digerente ed è stato svolto dall'A. largamente e sulla scorta di numerosi casi personali. Numerosi radiogrammi illustrano il libro (p. 154) che potrà essere consultato con interesse non solo dal radiologo specialista, ma anche dal medico pratico. E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

STORIA DELLA MEDICINA

Una rivendicazione Italiana.

La trasfusione del sangue.

Dott. AUGUSTO BOTTO-MICCA - Torino.

Se si consultano i vari lavori riflettenti l'origine della trasfusione del sangue o si scorrono i diversi trattati della storia della medicina, su tale argomento si riscontra in quasi tutti o il silenzio più assoluto o soltanto un raro accenno ai veri primi studiosi, che si occuparono di questa operazione, ricordandola nei loro libri. La priorità di questa innovazione medica venne da molti attribuita all'inglese Wren ed al francese Denys (Sprengel: *St. d. medicina*, vol. 3, pp. 235-236; Bouchut: *Hist. d. la méd.*, v. 2, p. 325), mentre essa è prettamente italiana, come ricordò il De Renzi (*St. d. medicina in Italia*, v. 4, pagine 185-186) e come giustamente rivendicò ultimamente in modo succinto il Castaldi (*Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella medicina e chirurgia*, n. 81, Il Policlinico, Sez. pratica, 1929, fasc. 41, pag. 1479).

A contribuire in modo più assoluto a questa rivendicazione italiana, come dimostrazione palese del valore degli studi e delle innovazioni mediche in Italia nel passato, si è creduto opportuno tracciare queste note storiche, nuove certamente per non pochi.

* * *

La maggior parte degli Autori ritengono la trasfusione del sangue come una delle prime conseguenze della scoperta della circolazione sanguigna; ma ciò è vero solo in parte, se si presta fede al calcolo cronologico, come si vedrà in seguito.

Riguardo alla circolazione sanguigna già fu spiegato (Castiglioni: *Guglielmo Harvey;* in Il Policlinico, Sez. pratica, 1928, fasc. 19, pp. 905-907) che se l'Harvey ha portato alla soluzione del problema la parola decisiva e definitiva col suo libro « Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus, 1628 » la sua scoperta venne preparata dagli studi anatomici di parecchi scienziati, che, tranne uno, furono tutti italiani. Ognuno di costoro intravvide i fenomeni in qualcuno dei loro dettagli, ma nessuno seppe raccoglierli assieme e metterli come base di una nuova teoria: questo merito spettò all'Harvey. Ad ogni modo è opportuno ricordare quanta influenza abbiano avute le scoperte degli anatomici anteriori; così Berengario da Carpi descrisse la valvola semilunare nella cava ascendente e le mitrali nella polmonare e le altre valvole arteriose, di cui constatò la rassomiglianza della struttura, e pensò, siccome s'aprono verso il cuore, che esse impedissero il ritorno del sangue (*Comment. in Mundin.*, f. 349, *a*, *b*). Lo stesso Autore riconobbe l'errore del setto medio del cuore annunziato da Galeno ed attraverso il quale, pieno di fori, dovrebbe passare il sangue dal ventricolo destro al sinistro (*Comm. in Mund.*, f. 341, *a*); e tale asserzione venne anche sostenuta da Vesalio, che ritenne il setto medio assolutamente impenetrabile al sangue (*De corpore hum. fabr.*, lib. VI, c. 15, p. 519).

Fu allora che Michele Servet (lo stesso che venne bruciato per ordine di Calvino), osservando che il sangue non può passare dal cuore destro nel sinistro, data l'impenetrabilità del setto medio, è necessario che il liquido (« a pulmonibus preparatur, flavus efficitur... ») passi per l'arteria polmonare nel polmone per ritornare attraverso la vena polmonare nell'orecchietta sinistra del cuore, formando così un circuito o circolazione polmonare. Si trova in queste conclusioni la prima traccia della importante scoperta della circolazione del sangue per i polmoni (1552) (*Restitut. christianism.*, lib. V, p. 169). Sei anni più tardi Colombo scoprì ugualmente la circolazione polmonare, affermando che la arteria venosa (vena polmonare) porta sangue e non aria (*De re anatomica*, lib. VII, p. 325).

Andrea Cesalpino d'Arezzo, che non cita il precedente Autore, ricorda lo stesso fenomeno, al quale egli dà per la prima volta il nome di « circolazione ». Egli conobbe anche la grande circolazione degli umori per tutto il corpo e, mentre, osservato il gonfiamento delle vene tra l'estremità loro ed una legatura, parla d'un flusso e riflusso del sangue nelle vene, non se ne mostra certissimo, non conoscendo l'esistenza delle valvole venose (*Quaest. medic.*, lib. II, c. 17, p. 234). Le parole del Cesalpino, che si riferiscono alla circolazione sono le seguenti: « Infatti negli animali vediamo l'alimento (sangue) esser condotto al cuore attraverso le vene, come ad un'officina del calore e, ricevuta ivi la sua ultima perfezione, esser distribuito in tutto il corpo attraverso le arterie, sotto l'azione dello spirito, che si origina nel cuore dallo stesso alimento » (*De plantis*, lib. I, c. 2, p. 3). (« Nam in animalibus videmus alimentum per venas duci ad cor, tamquam ad officinam caloris insiti et adepta inibi ultima perfectione, per arterias in universum corpus distribui, agente spiritu, qui ex eodem alimento in corde gignitur »). Questa frase significativa spinge lo Sprengel a dichiarare che, se il Cesalpino fosse stato altrove più coerente ed avesse appoggiata la sua alla scoperta delle valvole delle vene, non esiterebbe a ritenerlo come il vero inventore della grande circolazione.

Fabrizio d'Acquapendente nel 1574 scoprì le valvole delle vene e nel 1603 pubblicò il suo trattato « De venarum ostiolis », dal quale l'Harvey tolse le figure per il suo libro.

Guglielmo Harvey (1578-1657), inglese d'origine, ma italiano di studi, giacchè frequentò l'Università di Padova, dove si laureò, seppe trarre profitto da tutte queste conclusioni preparatorie degli studiosi italiani ed, accomunandole al frutto delle sue ricerche, riuscì a porre sopra basi scientifiche il nuovo sistema della circolazione sanguigna, dettagliatamente descritto nel suo libro edito nel 1628.

L'ultima scoperta integrativa cioè la scoperta dei vasi capillari venne fatta da Marcello Malpighi nel 1667.

In questo modo dopo quasi quindici secoli di vita veniva abbattuta per sempre la concezione galenica della circolazione sanguigna, che aveva sino allora imperato.

* * *

Esaminato il procedimento, attraverso il quale originò la scoperta della circolazione sanguigna vediamo in quale misura essa abbia avuto una influenza sull'invenzione della trasfusione del sangue.

Già fin dal secolo XV Marsilio Ficino (1433-1499) aveva intuito un miglioramento in seguito all'introduzione di nuovo sangue nell'organismo, non per via venosa, ma per os. Egli infatti, fra gli eccellenti rimedi, atti a prolungare la vita, propone ai vecchi di bere il sangue di persone giovani e sane (*De vita humana*, lib. II, c. 11, p. 77) e lo stesso principio contiene il suo « antidotus epidemiarum ».

Parecchi anni dopo il medesimo argomento veniva ripreso dal Cardano (1501-1576), il quale lo indicava con queste parole: « sunt qui cum alio « juvene bonorum morum duplici fistula, alii « unica, commutare sanguinem posse sperent; « quod si fiat commutabuntur et mores ». (*Contradic. med.*, lib. IV, c. 6, p. 688).

Al principio del secolo diciassettesimo Andrea Libavio accennò alla trasfusione del sangue, ma in tono quasi scherzoso, come operazione fantastica, giacchè suggeritagli da un ciarlatano, molto probabilmente appartenente alla setta dei « crose-rosei ». (*Defens. syntagm. arcanor. chymicor*, p. 8).

Si giunge così attraverso a questi accenni più o meno concreti al primo studioso, che parlò chiaramente della trasfusione del sangue, anche se non ne indicò il mezzo di effettuazione. È questi Giovanni Colle, detto Johannes a Collibus. Nacque a Belluno nel 1558; studiò medicina a Padova sotto la guida di Gerolamo Capivaccio, Alberto Bottoni ed Emilio Campolongo. Prese la laurea nel 1583, andò a stabilirsi a Venezia, dove durante quindici anni esercitò la professione con successo. Il suo nome fu ben presto circondato di fama e celebrità. Intorno al 1600 venne da Francesco Maria II, duca d'Urbino, nominato suo primo medico, carica che tenne con molto decoro per 23 anni, diventando nel contempo medico anche del Granduca di Toscana. Nel 1623, lasciata tale funzione e ricevuta la pensione di 500 ducati, il Colle fu nominato professore di medicina all'Università di Padova, ove fu successore di Rodrigo Fonseca. Egli compì così bene la sua mansione che si attirò la stima dei più grandi medici: non soltanto si rese utile al pubblico per le sue lezioni, che erano assai istruttive, ma anche per i suoi scritti sulle differenti parti della medicina.

Morì a Bologna nel 1631 di 72 anni.

Fra le sette opere, che di lui rimangono (v. *Bibliografia*), quella, che è utile particolarmente al presente tema, è il « Methodus facile parandi « jucunda, tuta et nova medicamenta et ejus ap- « plicatio adversus chymicos. De vita et senectute « longius protrahenda. De alexipharmachymicis « adversus omnia venena necnon de antiqua mor- « bi gallici natura ejusque symptomatibus, no- « titia et medela singulari. De plica, cyrrhis, ca- « pillorum agglomeratio et eius antiqua origine. « De fascino dignoscendo et curando ».

A pag. 170, cap. VII dal titolo « Pro vita et senectute longius producenda » il Colle parla della trasfusione del sangue come di un'operazione da lui perfettamente conosciuta e fors'anche praticata se non sull'uomo certo sugli animali. Le sue stesse parole, quantunque trattino la questione dal lato teorico, pur tuttavia ne fanno fede. Il Colle infatti si propone la domanda riguardo al ringiovanimento se « è proprio vano « il tentare quest'operazione, quando con piccoli « mezzi si possono ottenere bene e giustamente « i fini desiderati, come se uscendo il sangue « dalla vena di un giovane sano e scendendo at- « traverso un tragitto entri nella vena del vec- « chio, essendo il giovane il donatore ed il vec- « chio il ricevente e l'inspirante, in modo che « il sangue del giovane venga attratto dentro dal « vecchio per non lasciarlo ritornare; giacchè « questo sangue può riparare l'umido e la tem- « peratura, insegnandolo Aristotile, se il vecchio « ottenne in tal modo l'occhio del giovane forse- « chè non vedrebbe come un giovane? non senti- « rebbe e penserebbe come un giovane? se pos- « sedesse il cuore ed il cervello del giovane, an- « che dunque se ottenesse il sangue del giovane? « vivrebbe da giovane » (« Denuo insurget aliquis « frustra haec esse tentanda, dum per pauciora « aeque et bene valemus consequi optata, veluti « si quis sanguis a vena exiliens iuvenis admo- « dum salubris per fistulam calens in venam se- « nis permeet, insuflante iuvene et sene attra- « hente et inspirante, ut sanguis iuvenis intus « attrahatur a sene et ne huius sanguis egredia- « tur, nam hic sanguis potest reparare humidum « et temperamentum, docente Aristotele, si senex « haberet oculum juvenis non ne videret ut ju- « venis? non sentiret et ratiocinaretur ut juve- « nis? si cor et cerebrum juvenis possideret, er- « go etiam si sanguinem iuvenis obtineret? vi- « veret ut juvenis »).

Il Colle a questa domanda risponde negativamente, dicendo che tutto ciò non possiede il minimo di vero, giacchè per quanto si richieda nella nutrizione e nella vita vegetale la facoltà sanguificatrice in atto ed in atto la nutritiva ed anche il genuino caldo della temperatura, che trasformi quel sangue introdotto, si desidera anche necessariamente che non affluisca continuamente quell'umido ed il caldo della temperatura, che, secondo le testimonianze di Ippocrate e di Galeno nel lib. L: *De diaeta*, c. VIII, nel lib. I: *De tuenda valetudine*, c, I, II e III, incessantemente dai principii interni e dall'aria dell'ambiente viene mosso, ma le azioni dei sensi e l'intelletto non producono i proprii oggetti, bensì soltanto li ricevono o rendono evidenti, perciò non è possibile che modi dissimili permangano nei luoghi suddetti: per la discordia si ribellano, si combattono e dissentono tra loro il fuoco e l'acqua della temperatura; questi sono i principii arcani della filosofia medica. (« Re- « spondendum haec minime veritatem attingere, « quoniam in nutritione et vita vegetali actu re- « quirirtur sanguificatrix, actu expetitur nutri- « tiva facultas et genuinum calidum temperamen- « ti, quod trasmutet sanguinem illum introduc- « tum, necessario etiam desideratur, ut continuo « non effluat illud humidum, et calidum tempe- « ramenti, quod teste Hippocrate et Galeno lib. « primo de diaeta octavo, primo de tuenda pri- « mo, secundo et tertio, incessanter ab internis « principiis et ab aero ambiente lacessitur, actio- « nes vero sensum et intellectus non conficiunt

« sibi propria obiecta sed solummodo ea recipiunt « aut illustrant, non potest, quod dissimiles mo« res habet in discordibus locis permanere: di« scordia rebellant, pugnant atque inter se dis« sident ignis et aquae temperamenta: hae sunt « philosophiae medicae arcana »).

* * *

Ecco le frasi del Colle riguardo la trasfusione del sangue. Esse sono abbastanza chiare; e, se non sono indicati gli strumenti atti all'operazione, questa però è descritta in modo così precisa da non lasciar dubbio sulla sua possibilità, forsanche sulla sua già avvenuta effettuazione.

Qualcuno (De Renzi, *o. c.*) volle attribuire a questa una diretta derivazione dalla scoperta della circolazione sanguigna dell'Harvey, ma credo che ciò non corrisponda perfettamente al vero. Esaminiamo le date.

La pubblicazione della « Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis circulatione » dell'Harvey risale al 1628, ma nello stesso anno venne edito il libro del Colle, del quale vennero riferiti i passi suddetti. Si presenta spontanea una domanda: « è mai possibile che in uno stesso anno colle scarse comunicazioni di quel tempo tra l'Inghilterra e l'Italia si potesse avere nel primo paese la stampa di un libro e nel secondo la conoscenza di questo, gli esperimenti sulla trasfusione e la pubblicazione dei risultati relativi ?». Molto probabilmente il Colle deve aver operato da sè, indipendentemente dagli studi dell'Harvey, a meno che il primo non abbia avuto sentore delle idee espresse sulla circolazione dal secondo sin dal 1613 e che non ebbero una sanzione definitiva che dopo 15 anni di esperienze. Un altro fatto da notare è che l'Università di Padova fu la palestra, in cui tanto l'Harvey quanto il Colle si esercitarono nei loro studi: il primo come studente, il secondo come studente e come professore. Può darsi che l'ambiente e la comunanza di maestri e di studi abbia influito sulla quasi parità dei risultati degli esperimenti di questi scienziati. Certo si è che non si può sulla scorta dei dati cronologici affermare che le dichiarazioni del Colle derivino dalla scoperta dell'Harvey.

* * *

Se il Colle, pur parlando apertamente della trasfusione del sangue, non diede notizia precisa sulla sua effettuazione, pochi anni più tardi però in Italia un altro medico lasciava delle parole, che sono la più lampante dimostrazione che tale intervento non ebbe culla in Inghilterra, nè in Francia, ma nella nostra Penisola. Questo medico è precisamente Francesco di Domenico Folli da Poppi (Arezzo).

Nato in detta località il 3 maggio 1624, non si dedicò come i suoi vecchi, parecchi dei quali avevano ottenuto dei successi brillanti, alla politica ed alla letteratura, ma, seguendo la sua inclinazione, agli studi delle scienze naturali. Laureatosi in medicina verso il 1648, esercitò la sua professione in Bibbiena, donde venne richiamato nel 1665 per andare medico particolare della casa Medici in Firenze. Qualche anno passato alla corte gli rese insopportabili le catene di tale ufficio, per quanto ne venisse alleviato dal favore del sovrano. Non sentendosi più di continuare in detto incarico, domandò di ritirarsi, lasciò la Toscana e si stabilì in Citerna, ove morì nel 1685.

Mente dalle vedute molto larghe, si occupò oltre che di medicina anche di agricoltura e di fisica; inventò l'igrometro a corde adattato ad un termometro, ciò che rese questo più adatto alle osservazioni metereologiche.

Fu uno dei maggiori propugnatori della scoperta della circolazione sanguigna ed in questo caso si può veramente dire che i risultati degli studi dell'Harvey hanno avuto un'indubbia influenza sulla trasfusione da lui compiuta per la prima volta in presenza di un sovrano. Le sue stesse parole lo attestano. Esse si trovano a pagine 44-45 del suo trattatello « Dialogo intorno alla cultura della vite », in cui l'Autore raffigura un dialogo tra padrone (sotto le cui spoglie si nasconde l'Autore stesso), il Fattore ed il Lavoratore, i quali discutono sul miglior metodo di coltivazione della vite e se vi sia qualche mezzo che ne aumenti il reddito. Per spiegare di che natura questo debba essere e quali effetti debba produrre, il Padrone porta ad esempio la trasfusione del sangue; il dialogo tra i tre personaggi si svolge nel modo seguente:

P. — ... ma una fra le altre (invenzioni), che mi piaceva assai per la grandezza del pensiero e dell'utile, ho sempre con ansietà bramata e creduta possibile, benchè io non ne avessi fatta la esperienza, e tale fu la trasfusione del sangue, che fin dall'anno 1654 alli 13 di agosto io ardii di palesare al serenissimo Gran Duca in oggi felicissimo dominante Ferdinando II e da me già scritta, che fino adesso ha dato da fare e da dir' alle più celebri scuole di Europa, ma perchè sempre non ha prodotto il desiderato effetto, perciò resta indecisa e parteggiata da chi la spera e vilipesa e creduta impossibile da chi fin da principio la vedde con mal'occhio, e perciò anco sconsigliante l'esperienza. La circolazione del sangue scoperta dal dottissimo Arveo e l'inestar delle piante produssero questo terzo pensiero nel mio intelletto; e si come diverse piante di diverso luogo concorrono all'aumento d'un sol frutto, così potei facilmente credere che maggiormente potesse seguire negli huomini et animali della medesima spezie, con megliorarne il sugo d'un più giovane; non voglio adesso portarvi altre ragioni filosofiche e mediche che mi diedero speranza, ma vi basti che non dispiacque il pensiero, nè fu creduto impossibile, si come ha avuto tanto del verosimile che ha trovato padrini in Inghilterra, in Francia ed ancora in Italia e vorrei aver tanto di vita, che riuscisse perfettamente, per goderne un tanto benefizio, o pure io levasse affatto il pensiero da questa speranza, che per esser mio parto, mi sarà alquanto condonato se tanto l'amo e la spero.

F. — Oh se cotesta cosa riuscisse guai al mondo!

P. — Io mi crederei d'obbligarmi tutto il genere umano e voi me ne minacciate un gran biasimo..... il fine di tale invenzione sarebbe di giovare a tutti almeno nell'infermità; se poi gl'huomini se ne servissero male, provocherebbero Dio forse a nuovo diluvio, per spegnere tal cattiva gente e la memoria di simil faccenda, con iscorciare la vita, come ha del verosimile appunto che seguisse nel primo universal diluvio ed in altri

particolari, che dottissimamente ha provati il Sig. Niccolò Stenone; potendosi dalle favole raccogliere che tale trasfusione fosse usata dagli antichi, come di Medea, del fonte e di Circe si legge; e se è vero che siano stati li Giganti come ho sentito esserne ritrovati alli nostri tempi l'ossature, non so se Noè fusse Gigante come li suoi figlioli... ma il non trovare più (dopo il diluvio) può dipendere da due cause: la prima perchè Noè non sapendo forse l'uso della trasfusione del sangue, non la potè tramandare alli posteri: e così appoco appoco venuti in declinazione et in quella sola figura e grandezza che Iddio creò Adamo ed Eva, i quali per saper grande infusogli da Dio, potè egli e suoi posteri servirsene e diventare giganti, perchè supposto che la trasfusione guarisca ed allunghi la vita, facilmente s'induca a credere che possa far ingigantire, usandola dico avanti si finisca di crescere con sangue di giovanetti più fecondo di umido radicale.....

F. — Orsù prevedo che noi saremo liberi da nuovi diluvii perchè non credo che la trasfusione sia per fare mai tanti danni al genere umano, che insuperbito meritò tanto gastigo, almeno preghiamo Dio che non riesca se ciò seguisse.

* * *

Ho creduto di riportare integralmente tutto il brano del « Dialogo della coltivazione della vite » riguardante la trasfusione del sangue per dare una prova inconfutabile sulla priorità dell'Italia in questa operazione. Anche qui è questione di date. Si sa che nel 1657 (l'anno stesso della morte dell'Harvey) Cristoforo Wren, fondatore della Società delle scienze in Londra, propose un'operazione che, comprovando nel modo più evidente la dottrina harveyana della circolazione sanguigna, venne ritenuta come un rimedio eccellente nella cura di varie malattie. In seguito alle persuasioni del Wren altri studiosi inglesi, Timoteo Clarke, Roberto Boyle, Henshaw e Riccardo Lower, fecero delle esperienze iniettando dei rimedi nelle vene degli ammalati quando non potevano ingoiare. Ciò succedeva nel 1657.

Ma tre anni prima, se si deve credere alle dichiarazioni del Folli, le quali dovettero avere una base di verità se non vennero rinnegate da nessun scrittore dell'epoca, nel 1654 la trasfusione del sangue era da questo Medico « palesata » al Granduca di Toscana. Quali limiti raggiunga nel significato tale verbo è difficile a precisare, giacchè esso può indicare sia una vera e propria esperienza eseguita « palam et aperte » davanti al Sovrano sia invece il solo enunciato verbale di questo possibile intervento senza alcun esempio evidente. In altre parole non si ha la prova certissima che Folli abbia eseguito davanti il Granduca la trasfusione del sangue, però si ha la quasi assoluta certezza che questa è avvenuta tra le pareti del laboratorio su corpi di animali se non su quello di pazienti umani.

Tutto ciò rende innegabile la priorità degli studiosi italiani sugli stranieri riguardo alla trasfusione del sangue. Ma v'è di più. Se la stampa è quella che contribuisce e talora costituisce il diritto di priorità, questo appartiene, per quanto riguarda la descrizione della tecnica della trasfusione, ad un altro italiano: Carlo Fracassati. Mentre in Inghilterra si eseguivano le ricordate ricerche dai suddetti studiosi, in Italia il Fracassati compiva le medesime prove e nel 1665 pubblicava i risultati nel « Tetras anatomicarum epistolarum » dirette al Malpighi, in cui dà un'esatta relazione delle sue esperienze e delle sue iniezioni di sostanze acri, in seguito alle quali seguiva la morte degli animali. Contemporaneamente a quest'opera usciva a Berlino il trattato di Giovanni Sigismondo Elsholz (« Chysmatica nova »), il quale dava anche il risultato quasi uguale dei suoi esperimenti.

Solo l'anno dopo, 1666, Giovanni Battista Denys, professore di filosofia e matematica in Parigi e medico del re, eseguiva la trasfusione di sangue di agnello nelle vene di un giovane di 16 anni, spossato dalla febbre in seguito a frequenti salassi e lo guariva (in « Journal des Savants », 1667, pp. 87-185).

Gli studiosi inglesi solo nel 1667 pubblicarono nelle « Philosofical transactions » i risultati delle loro esperienze.

Pochi anni prima « uno scrittore assai paradosso » (come lo chiama lo Sprengel, o. c., v. 3, p. 235) Giovanni Daniele Major nella sua opera: *Prodromus a se inventae chirurgiae infusoriae* (1664), aveva tentato di appropriarsi la gloria di aver trovato la trasfusione, ma l'aveva appresa da altri, per quanto tentasse invano nella sua nuova operetta « Tria nova inventa » (1669) di dimostrare la genuinità della sua scoperta.

* * *

Terminato l'esame dei primi studi sulla trasfusione del sangue, occorre per il nostro scopo trarne delle conseguenze e giungere ad una conclusione definitiva.

Da quanto si è visto e basandosi specialmente sulle date di pubblicazione dei lavori, illustranti i risultati delle esperienze al riguardo, non si può che affermare nel modo più reciso che la trasfusione del sangue fu un'operazione di origine prettamente italiana e che nella nostra penisola dalle opere del Ficino, del Cardano e specialmente del Colle e del Folli partirono le prime idee, e le prime notizie di esperimenti, le quali, raccolte, assimilate ed ampliate dagli studiosi stranieri e dai nostrani produssero a distanza di diversi anni la pubblicazione di un caso di trasfusione di sangue animale all'uomo. Si parla di « pubblicazione », giacchè negli scritti dei nostri medici: Colle e Folli, pur parlando chiaramente di quest'operazione, non si dà la notizia precisa della sua avvenuta effettuazione nei riguardi del modo e dei soggetti sottoposti. V'è bensì la dichiarazione da parte del Folli di averla descritta, ma per ora questa relazione, se esiste, non è venuta alla luce.

Resta ad ogni modo dimostrato che la trasfusione del sangue è di origine italiana ed è da parte nostra doveroso compiere questa rivendicazione di una delle tante glorie della nostra scienza medica, che giacciono dimenticate o vengono usurpate dagli stranieri.

Ricorderò per finire che, mentre in parecchie storie della medicina si tace in questo campo sul contributo portato dagli Italiani e più ancora (si comprende), sulla nostra priorità, ed in altre se ne fanno appena pochi cenni, un Francese, compilatore del « Dictionnaire des sciences médica-

les » a pag. 176 del vol. 4 riconosce la priorità del Folli con queste parole: « Il paraît aussi avoir « été le premier qui ait essayé la transfusion, « opération que les accidents redoutables avait « fait interdire par l'Autorité... ». Infatti nel 1675 la facoltà medica di Parigi in seguito ai gravi accidenti successi sollecitò ed ottenne dal Parlamento il veto a quest'operazione e le condanne più severe per quelli, che avessero osato di tentare questo intervento sull'uomo. Dovette passare molto tempo « lorsque les anglais, hardis « jusqu'à la témérité en chirurgie se sont avisés « de la pratiquer de nouveau il y a quelques « années... ».

Superato così il primo ostacolo, la trasfusione del sangue andò subendo attraverso tutti i tempi continue modifiche, pur rendendo sempre alla medicina ottimi servizi.

BIBLIOGRAFIA.

Barduzzi Domenico. *Manuale d. st. d. medicina.* Torino, STEN, 1923, v. 2.

Berengario da Carpi. *Comment. in Mundin.* Bologna, 1521.

Bos V. *Cenno storico sulla trasfusione del sangue.* In Imparziale, Firenze, 1874, XIV, p. 723-733.

Bouchut E. *Hist. de la médecine.* Paris, Baillière, 1873, voll. 2.

Burgkhardt F. *Zur Uerhebeberschaft der Eigenblutinfusion.* Zentral. f. Gynäk., Lipsia, 1920, XLIV, p. 724.

Campbell M. *Blood transfusion in 1666.* J. Am. M. Ass., Chicago, 1914, LXII, p. 147.

Cardano Gerolamo. *Opera.* Lione, 1663, voll. 10.

Castaldi Luigi. *Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella medicina e chirurgia.* In Il Policlinico, Sez. pratica, anno XXXVI, fasc. 39, pp. 1401-1403; fasc. 40, pp. 1438-1442; fasc. 41, pp. 1475-1480; fasc. 42, pp. 1520-1522.

Castiglioni Arturo. *Storia della medicina.* Milano, Unitas, 1927.

Id. *Guglielmo Harvey.* In Il Policlinico, Sez. pratica, anno XXXV, fasc. 19, pp. 905-907.

Cesalpino Andrea. *De plantis.* Firenze, 1583.

Id. *Quaest. medicae.* Venezia, 1593.

Colle Giovanni. *De idea et theatro imitaticium et imitabilium ad omnes intellectus facultates, scientias et artes libri aulici.* Pesaro, 1618.

Id. *Medicina practica.* Pesaro, 1617.

Id. *De morbis malignis.* Padova, 1620.

Id. *Elucidarium anatomicum et chirurgicum.* Venezia, 1621.

Id. *Cosmitor medicosus triplex.* Venezia, 1621.

Id. *De cognitu difficilibus in praxi.* Venezia, 1628.

Id. *Methodus facile parandi jucunde.* Venezia, 1628.

Colombo Realdo. *De re anatomica,* lib. XV, Francoforte, 1593.

Cox R. *Blood transfusion in the seventeenth century.* J. Am. M. Ass., Chicago, 1914, LXII, pagina 222.

D'Acquapendente Fabrizio. *De venarum ostiolis.* Padova, 1603.

Denys Giov. Batt. *Succès de la trasf. d'un animal à un autre.* Paris, 1666.

Id. *Manière de pratiquer la transf.*

Id. *Expérience de transf. sur un homme.* Journal des Savants, 1667.

De Renzi Salvatore. *St. della medicina in Italia.* Napoli, Filiatre-Sebezio, 1849, v. 5.

Dictionnaire des sciences médicales. Paris, Panckoucke, 1821, vol. 7.

Drinkard W. B. *History and statics of the operation of trans. of blood.* Nat. M. J. Wash., 1871-72, II, p. 180-194.

Dubois A. *La transf. du sang au XVII siècle; sentence rendue au Châtelet le 17 avril 1668.* France méd., Paris, 1877, XXIV, pp. 353-356.

Elsholz Gio. Sigismondo. *Chysmatica nova.* Berlino, 1665.

Ficino Marsilio. *De vita humana.* Lugduni, 1595.

Folli Francesco. *Recreatio physica.* Firenze, 1665.

Id. *Dialogo della cultura della vite.* Firenze, all'insegna della stella, 1670.

Id. *Stadera medica.* Firenze, 1680.

Fracassati Carlo. *Tetras anatomicarum epistolarum.* Bologna, 1665.

Guillaume A. C. *La transfusion du sang; son passé, son présent, son avenir.* In Nature, Paris, 1918, XLVI, p. 56-61.

Haller Alberto. *Bibliotheca chirurgica.* Berna e Basilea, Haller, 1774-5, vol. 2.

Id .*Bibliotheca medicinae practicae.* Basilea, Schweisghauser, 1776-8, vol. 4.

Harvey. *Exercitatio de motu cordis.* Lugd. Batav., 1737.

Libavio Andrea. *Defens. syntagm. arcanor. chymicor.* Francoforte, 1615.

Lower Riccardo. *De corde.* Amstelodami, 1669.

Mc. Clurc R. D. *History of transf. of blood.* Tr. Clin. Soc. Univ. Mich. Ann. Arbor, 1916-17, VIII, p. 41-47; Johns Hopkins Hosp. Bull., Baltimora, 1917, XXVIII, pp. 99-113

Major Gio. Daniele. *Prodromus a se inventae chirugiae infusoriae.* Amburgo, 1664.

Id. *Tria nova inventa.* Kilon, 1667.

Manolessei Emilio. *Relazione delle esperienze fatte in Inghilterra, Francia ed Italia intorno alla celebre e famosa trasf. d. s.*. per tutto maggio 1668, Bologna, 1668.

Mercklinus G. A. *De ortu et occasu trans. sang.* Norimberga, 1679.

Morselli E. *La trasf. d. s.* Roma, Torino, Firenze, 1876.

Note sur deux points de l'hist. de la trasf. Union Méd. Paris. 1874, 3 s. XVIII, pp. 373-379.

Oré P. C. *Études hist. et physiolog. sur la trasf.* Paris, 1868.

Pitts B. *The history of transfusion.* St. Thomas's Hosp. Rep. London, 1893, XXI, pp. 253-270.

Portal M. *Histoire de l'anat. et de la chirurgie.* Paris, Didot, 1770, v. 5.

Santinelli B. *Confusio transfusionis sive confutatio operat. tranfund. sanguinem de individuo ad individuum.* Roma, 1668.

Schiltz M. V. *De transf. sang. eiusque usu therapeutico cum hist. chirurgiae transfusoriae et infusoriae.* Bonnae, 1852.

Servet Michele. *Restitut. christianismi.* Vienna, 1553.

Sprengel Curzio. *St. pramm. d. medicina.* Trad. Arrigoni, Firenze, Tip. della Speranza, 1841, vol. 9.

Vesalio Andrea. Opera-ediz. Albinus-Lugduni Batavorum, 1725.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 4 luglio 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Analisi capillare e siero labilità.

Prof. A. BROSSA e dott. G. BOZZOLO. — È nota la proprietà che la carta da filtro ha di fissare una sostanza positiva o di lasciar diffondere una sostanza colorante: questi fenomeni vanno conosciuti sotto il nome di elettro-capillarità; la carta così si comporta come se fosse un ammasso di tubi capillari.

Gli OO. hanno studiato l'influenza che può avere sopra tale assorbimento capillare delle sostanze coloranti l'uso di sostanze proteiche e precisamente del siero, e trovarono che un colore positivo addizionato a siero ha tendenza di venire meno fissato ed a maggiormente diffondersi. L'opposto avviene per una sostanza colorante negativa.

Per ragioni tecniche vennero soltanto studiate sostanze coloranti positive e colloidali e più precisamente il nact-blau.

Era ovvio il cercare se le varie specie di siero (o sangue) comunicassero un'azione adsorbente diversa alla sostanza colorante studiata: e ciò in base alla diversa composizione del siero (sangue) nei suoi componenti proteici (aumento o diminuzione di globulina nel siero, aumento o diminuzione di globulina e fibrinogeno nel sangue).

Gli OO. presentano delle tavole illustranti il comportamento di siero gravidico e siero fetale dove tali comportamenti sono tipici. Meno evidenti sono le differenze tra il siero normale ed il siero carcinomatoso.

La reazione è una semplice reazione di labilità *aspecifica*, ma che può porgere un valido aiuto diagnostico. La reazione è documentata su una carta da filtro.

Un micrometodo diretto per la determinazione dell'azoto residuo nel sangue.

Prof. G. A. BROSSA e dott. L. GEDDA. — I metodi che servono a questo scopo sono una derivazione dei metodi originali di Kjeldahl o di Folin. Di quest'ultimo espongono particolarmente le difficoltà di tecnica.

A motivo di ciò i relatori pensarono di stabilire un nuovo micrometodo diretto basato su una reazione colorante che l'ammoniaca presenta se cimentata con ipoclorito sodico in presenza di fenolo.

La reazione è di un bleu intensissimo; per quanto fin dal secolo scorso essa venne in seguito trascurata; fu già studiata quantitativamente da Brossa e da Fontana.

In ordine a tale reazione i relatori precisarono i vari tempi del micrometodo usando una particolare dealbuminizzazione con acido solfo salicilico, l'incenerimento con acido solforico e solfato potassico, la neutralizzazione con idrato sodico e l'analisi finale colorimetrica.

Così riesce agevole determinare l'azoto residuo evitando la distillazione e l'impiego di soluzioni normali.

La tripaflavina nella cura della maltese.

Dott. CONTERNO. — L'O. ha curato 14 casi di febbre maltese e ne ha seguito il decorso. La tripaflavina fu usata alla dose di 10 cc. di soluzione al 2 % per iniezioni endovenose, che venivano ripetute ogni due giorni per 8-10 volte.

Ebbe il 64 % di guariti. Non ha trovato delle controindicazioni di sorta alla cura. Pochi ammalati ebbero dei vomiti nelle prime ore dopo le iniezioni e senso di calore alla faccia.

L'O. notò ancora una intensa pigmentazione gialla della cute e delle orine dopo le iniezioni, ma a questa colorazione non potè attribuire alcuna importanza, perchè tutti gli esami praticati furono negativi.

Il Segretario: Dott. G. VILLATA.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 3 luglio 1930.

Ricerche sulla identificazione dell'enterococco.

Proff. M. DECHIGI e G. MUSETTINI. — Gli OO. studiarono 24 ceppi di streptococco, differenziando fra questi un gruppo con caratteristiche biochimiche e biologiche abbastanza costanti, che corrispondevano a quelle dell'enterococco. Vista però la labilità di certe qualità, così dette obbligatorie di questo microrganismo, ritengono doversi allargare la denominazione classica, parlando piuttosto di enterococchi e vedendo in essi streptococchi di regola termo- e biloresistenti, nonchè capaci di scindere l'esculina e più incostantemente la mannite.

Aspetti della flora batterica nel corso di una enterocolite cronica.

Prof. M. DECHIGI. — L'O. ha studiato sistematicamente un caso di enterocolite cronica, stabilendo innanzi tutto i numerosi simbionti, differenziando fra questi l'enterococco di Thiercelin, mettendo in evidenza un principio litico e osservando fluttuazioni della flora microbica e del batteriofago nei vari periodi della affezione e in rapporto al vario andamento clinico.

Apparecchio per tracheo-bronco-esofagoscopia.

Dott. A. ORLANDINI. — L'O. accenna brevemente ai dati storici della T. B. E.; dice quali crede le ragioni dello scarso sviluppo che questa ha in Italia e presenta il suo nuovo apparecchio, descrivendone i vantaggi e intrattenendosi brevemente su la tecnica della T. B. E.

Prime ricerche con l'ergotamina nell'encefalite cronica.

Dott. U. SIMONDI. — L'O. espone il risultato di alcune prime ricerche con l'ergotamina nell'encefalite cronica. Essa ha dimostrato di possedere un'azione deprimente sul tono muscolare sarcoplasmatico con risultati quindi favorevoli sulla rigidità. Nel quadro ematico dopo iniezione di ergotamina si ha una notevole monocitosi ed una modesta eosinofilia senza un accentuarsi

della linfocitosi, che egli ha riscontrato in tal soggetto.

Il tasso della colesterina nel sangue dopo iniezione di ergotamina non si è modificato in maniera apprezzabile e costante.

Seduta del 10 luglio 1930.

Sopra una maggiore resistenza alle soluzioni ipotoniche degli eritrociti circolanti nei capillari cutanei in confronto a quelli circolanti nelle vene.

Prof. A. MONTANARI. — L'O. espone le proprie ricerche sulla resistenza globulare, condotte in 24 soggetti, comparativamente sul sangue capillare e venoso.

Calcolosi multipla dell'appendice.

Dott. D. MESSUTI. — L'O. illustra un caso, da lui operato di urgenza, di calcolosi multipla dell'appendice (n. 6 calcoli veri, di grandezza varia) con appendice perforativa.

L'ammalato è vivo e sano. L'O. si ferma a fare delle considerazioni sul numero e sulla composizione chimica dei calcoli stessi, presentando pezzi, preparati e disegni.

Sulla terapia pituitrinica per via nasale nel diabete insipido.

Prof. A. LUNEDEI. — L'O., ricordati i benefici effetti che ha la terapia pituitrinica contro la poliuria e la polidipsia nel diabete insipido e i notevoli inconvenienti che essa presenta quando si impiega il metodo delle iniezioni sottocutanee, inconvenienti rappresentati sopratutto dalla necessità di iniezioni ripetute per la breve durata dell'azione del medicamento e ricordati i buoni risultati ottenuti di recente con la somministrazione di polvere del lobo posteriore di ipofisi per via nasale, presenta un caso che è stato trattato appunto con tale metodo e nel quale i risultati sono stati veramente incoraggianti.

I Segretari: L. PICCHI e P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica di Treviso.

Seduta del 2 luglio 1930.

Presidente: Prof. P. FIORANI.

L'epitelioma maligno sperimentale su cicatrice cutanea.

Prof. G. CAGNETTO e A. CESTARI. — Comunicano i risultati di metodiche ricerche sperimentali istituite con l'obiettivo di accertare se le cicatrici cutanee conseguenti a scottatura di secondo e terzo grado si prestino a fungere da matrice dell'epitelioma generato da uno stimolo chimico, come è la spalmatura di catrame. L'osservazione clinica ha da tempi immemorabili segnalato che su cicatrici cutanee può svilupparsi un tumore maligno, senza che finora l'esperimento sia riuscito a riprodurre il fenomeno. L'ingentissima messe di lavoro sul cancro da catrame non arreca in proposito alcun dato probativo. Jores, sul padiglione auricolare del coniglio, e, di recente Parodi, sul dorso del topo bianco, non hanno potuto confortare con la riprova sperimentale il portato dell'osservazione clinica; anzi entrambi questi autori negano al tessuto di cicatrice ogni attitudine in merito. Gli OO. sono invece riusciti a confermare sperimentalmente il fatto, assistendo grado a grado allo sviluppo dell'epitelioma dalla forma di verruca papillomatosa, a quella di genuino cancro infiltrato.

Gli OO. illustrano la loro comunicazione con epidiascopie e microproiezioni.

Intorno all'atonia gastrica postoperatoria, e ad un nuovo mezzo per prevenirla.

Prof. D. CALZAVARA. — L'O. tratta brevemente dell'atonia gastrica post-operatoria (specie di paralisi che colpisce talora lo stomaco dopo gli interventi chirurgici) che rappresenta una delle più gravi e temibili complicanze che minacciano gli operati: complicanze contro le quali talora non giova alcun mezzo terapeutico.

L'O. si è proposto di ricercare un mezzo per prevenire tale atonia, e lo ha trovato nell'iniezione di estratti ipofisari, da praticarsi nello spessore delle pareti gastriche subito dopo l'intervento. In una quindicina di operati trattati con questo metodo il decorso post-operatorio fu dei più felici. L'O. quindi crede di poterne consigliare l'uso su vasta scala.

Note ed osservazioni di patologia del mesentere.

Dott. G. BOMBI. — L'O. riferisce su sei casi di affezioni del mesentere, venuti in sua osservazione per aver generato sindromi addominali acute; due casi di cancri del mesentere, un caso di peritonite purulenta diffusa da perforazione intraperitoneale di glandola mesenterica suppurata, tre casi di occlusione acuta per volvolo totale dell'ileo da torsione della radice mesenterica.

L'O. riferisce i risultati della cura chirurgica, e richiama l'attenzione sulla rarità delle affezioni stesse e su alcuni particolari punti del quadro clinico e del reperto operatorio.

Contributo allo studio della sifilide intestinale.

Dott. S. PILLONI. — Dopo aver premesso che oggi, mercè le moderne possibilità diagnostiche, si trovano più frequenti i casi di lue del tubo digerente, illustra un caso clinico di osservazione personale. Si tratta di un giovane che presentava sintomi di occlusione intestinale; la radiografia mise in evidenza uno strozzamento a ferro di cavallo interessante 4/5 del sigma. Si escluse la diagnosi di fatto tubercolare data la sede del processo e dato che le lesioni tubercolari con esito in stenosi difficilmente decorrono silenziose. Essendovi lue celtica nell'anamnesi, si pose la diagnosi di stenosi sifilitica e si iniziò un'intensa cura specifica con la quale venne anche eliminato il dubbio di coincidenze morbose perchè la terapia specifica restituisce completamente la canalizzazione del lume intestinale. Interessante è notare che nessun risultato si era potuto ottenere mediante cura arsenobenzolica, e che il successo si dovette al mercurio usato per frizioni esterne in forma di unguento. Un'ultima radiografia eseguita due anni dopo la guarigione clinica dimostra essersi mantenute integre le condizioni anatomiche dell'intestino guarito.

PLF.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 7 maggio e del 4 giugno 1930.

Presidenza: G. Pieri, presidente.

La cancrocirrosi del fegato.

Prof. L. Manini. — Nel decorso di quest'anno ha diagnosticato due casi di cancrocirrosi del fegato, e nell'uno e nell'altro caso la diagnosi clinica fu confermata dal reperto di autopsia.

L'O. fa una descrizione succinta dei due predetti casi. Poichè la cancrocirrosi del fegato non è una malattia molto rara, e considerando che nei trattati di patologia medica si fa di questa entità morbosa un accenno troppo sommario, riassume i criteri clinici che devono guidare alla diagnosi di questa forma morbosa, e mette in rilievo i dati differenziali per distinguerla da altre affezioni che clinicamente potrebbero scambiarsi con essa.

Risultando la cancrocirrosi del fegato dall'associazione di due processi morbosi (il cancro e la cirrosi) espone le ragioni per cui con ogni verosimiglianza si deve ammettere che almeno nella generalità dei casi preceda il processo cirrotico il quale preparerebbe le condizioni favorevoli per lo svolgersi successivo di alterazioni neoplastiche.

Su un caso di linfogranulomatosi addomimale.

Dott. G. M. Zanini. — Illustra un caso di linfogranulomatosi addominale il cui interesse è dato dal decorso acutissimo e dalla sintomatologia affatto particolare.

Si tratta di un uomo di 33 anni, forte bevitore. La malattia si iniziò alla metà dello scorso febbraio con sintomi vaghi (malessere, astenia, dolori di ventre) cui dopo pochi giorni si aggiunsero febbre alta continua remittente, accompagnata da diarrea, e poi meteorismo, gorgoglio ileocecale, modico tumore di milza, sensorio obnubilato. La diagnosi clinica fu di probabile infezione intestinale, sebbene la reazione di Widal si mantenesse negativa. La morte sopraggiunse, in seguito a progressivo peggioramento, e per la comparsa di un flemmone gazoso alla coscia destra, il giorno 11 marzo.

L'autopsia dimostrò che le ghiandole linfatiche preaortiche erano notevolmente ingrandite e di aspetto neoplastico; esse comprimevano ed inglobavano i vasi mesenterici alla loro radice (il che potrebbe spiegare la sintomatologia intestinale); l'esame istologico di esse dimostrò la tipica struttura del linfogranuloma maligno.

L'O. insiste sulla difficoltà della esatta diagnosi *in vitam*: mancavano tumefazioni ghiandolari palpabili, mancava il prurito cutaneo, la febbre era continua, il tumore di milza modico.

Sul problema del ringiovanimento.

Dott. G. Protti. — Questo va inteso non nel senso sessuale, come si fa comunemente, ma nel senso di una riattivazione dei processi metabolici dell'organismo.

L'O. partendo dal concetto che la vecchiaia può essere rappresentata come uno stato di carenza ormonica (anormonia), e dalla constatata esistenza nel sangue umano delle radiazioni mitogenetiche scoperte dal Gurwitsch (radiazioni che hanno fra le altre la proprietà di stimolare la cariocinesi), espone un suo metodo di ringiovanimento che egli pratica con successo da oltre 4 anni.

Il potere mitogenetico del sangue è molto più attivo nei giovani; è possibile misurarlo facendo agire il sangue su culture di determinati fermenti (saccaromices, nadsonia, ecc.); la iniezione di sangue ricco di radiazioni mitogenetiche produce nel soggetto che lo riceve, se è in stato di carenza, un aumento del potere mitogenetico, e sembra agire molto favorevolmente sui processi metabolici dell'organismo (probabilmente per l'influenza che esercita sulle ghiandole endocrine); l'azotemia discende, l'eliminazione dell'urea e dei cloruri aumenta... E anche la cenestesi del ricevente, ne viene favorevolmente influenzata.

La tecnica di cui l'O. si serve è molto semplice e consiste in una serie di iniezioni endomuscolari di sangue (emiinnesto) prelevato da un datore appartenente a un determinato adatto gruppo sanguigno, e il cui sangue all'esame preventivo si è dimostrato ricco di radiazioni mitogenetiche.

Segue una discussione alla quale partecipano i soci prof. Colle e dott. Tanferna.

L'alternazione dei climi mare e montagna nella cura della tubercolosi chirurgica.

Prof. S. Vacchelli. — Il valore di un clima è basato sulle reazioni che suscita in un dato individuo in quanto tutti gli organi subiscono una eccitazione verso l'accomodamento al nuovo ambiente. Pertanto il clima ha un valore solamente nei rapporti di quegli individui i quali a questo clima non sono abituati. È noto come la tubercolosi ossea tragga notevolissimo giovamento dalle cure elio-climatiche.

Tuttavia succede spesso, dato il lungo decorso della malattia, che dopo lunghi mesi di permanenza in un dato clima, vengano a cessare gli stimoli utili e che pertanto il progressivo miglioramento subisca un arresto. In questi casi può essere di grande utilità il cambiamento di clima; e dato che i climi mare e montagna pure essendo specifici nei rapporti della tubercolosi ossea hanno componenti meteorologici diversi, così possono con vantaggio essere alternati inducendo nell'organismo sempre nuovi stimoli. L'O. presenta varie statistiche a sostegno del suo asserto e fa voti che questo concetto dell'utilità dell'alternazione dei climi sia più largamente conosciuto ed applicato dai medici e dai dirigenti gli Enti assistenziali.

Sulle perforazioni gastriche e intestinali.

Prof. G. Colle. — Riferisce su venti casi, nove di perforazioni gastriche da ulcera, nove di appendicite perforata, uno di perforazione dell'ileo da tifo, uno di perforazione dell'ileo da ascaridi, tutti sottoposti all'intervento; di essi guariti otto perforati gastrici ed otto perforati appendicolari.

Ritiene che il buon esito, specie per i gastrici, sia dovuto alla rapidità ed alla semplicità dell'intervento (occlusione della perforazione e gastrodigiunostomia), alla detersione meccanica accurata del peritoneo, alla somministrazione di scarso anestetico generale (etere), alla applicazione di drenaggi multipli, ma in parte anche

ad altro fattore indipendente dall'operazione, e cioè al fatto che il contenuto gastrico anche copiosamente versato in peritoneo non è di per sè infettante: non lo spandimento, ma la persistenza prolungata dello spandimento, provoca peritonite.

Per gli appendicitici crede che il buon esito sia stato dovuto all'età; in individui non più giovani la perforazione appendicolare decorre molto meno gravemente che nei soggetti giovanissimi, forse perchè, dal terreno su cui si piantano, i germi risentono o un esaltamento o una attenuazione della loro virulenza.

Contributo alla cura della tubercolosi articolare fistolizzata col Metodo Solieri.

Dott. M. MANTOVANI ORSETTI. — Poichè la discussione pro e contro il metodo Solieri è ancora viva, l'O. ritiene opportuno un modesto contributo casistico all'argomento.

Egli ha trattato con tale metodo 6 casi (2 del gomito, 2 dell'anca, 1 del ginocchio, 1 del piede) ed in 5 di essi ha ottenuto un risultato ottimo dopo un periodo di trattamento della durata da 8 a 20 mesi; in un caso ha dovuto sospendere il trattamento perchè ad ogni tentativo si notava un aggravamento, aggravamento che egli ritiene dovuto alla infezione piogenica inseritasi nel focolaio tubercolare.

L'O. è del parere che questa infezione secondaria rappresenti l'ostacolo più serio al metodo Solieri e che ad essa siano dovuti certi cattivi risultati; per evitare e superare questa infezione crede che sia sempre necessario preparare accuratamente l'articolazione malata (vuotare ascessi, raschiare granulazioni, ecc.) come ha indicato il Solieri stesso e gli AA. che si sono occupati dell'argomento.

Prof. PIERI. — Da lungo tempo è divenuto un fautore del metodo Solieri per i risultati favorevoli che ne ha frequentemente ottenuto. Naturalmente esso appare un metodo di cura di necessità e non di elezione; è adatto sopratutto per i pazienti delle classi disagiate, che non possono sopportare la spesa della cura in appositi istituti, o della lunga degenza nei reparti ospedalieri.

L'esperienza dell'O. si estende finora a circa 30 casi (di cui alcuni ancora in corso di cura) con una percentuale di successo che si aggira intorno all'80 %.

Recentemente l'O. ha realizzato una nuova indicazione per il metodo Solieri nei casi di resezione articolare praticata per processi tubercolari, nei quali al togliere del primo apparecchio si osservano i segni di una recidiva del processo tubercolare; questi casi, che altrimenti finiscono quasi sempre con la amputazione, sono stati non di rado guariti dalla cura alla Solieri.

Prof VACCHELLI. — Sebbene egli diriga un sanatorio (Istituto Codivilla di Cortina d'Ampezzo) nel quale la tubercolosi chirurgica viene trattata con tutti i più svariati e congrui metodi moderni di cura, pure ha in alcuni speciali casi (artrosinoviti tubercolari multifistolizzate in pazienti che vollero continuare la cura a domicilio) osservato qualche bel successo del metodo Solieri.

È difficile comprendere quale sia il meccanismo di azione di questo; ma forse ha una gran parte di merito la perfetta immobilizzazione che esso realizza.

Tentativo di cura chirurgica della ipertensione arteriosa.

Prof. G. PIERI. — Nel Congresso della Società Italiana di Medicina del 1924 il prof. PENDE ventilò la possibilità di una cura chirurgica dell'ipertensione arteriosa primitiva; partendo dal concetto che la patogenesi di questa vada ricercata in uno squilibrio endocrino con prevalenza della secrezione midollare delle capsule surrenali, propose la resezione dello splancnico di sinistra, che innerva ambedue i surreni.

L'O. ha per il primo fissato la tecnica e eseguito nell'uomo la resezione degli splancnici, per combattere certi stati atonici dello stomaco e dell'intestino; e ha constatato che in realtà in questi casi si verifica di solito dopo l'operazione un abbassamento della pressione arteriosa.

Ha applicato per la prima volta questa operazione (resezione del grande e piccolo splancnico di sinistra) in una paziente che presenta all'assemblea. Si tratta di una donna di 67 anni che da 14 anni soffriva di palpitazioni cui dall'estate scorsa si aggiungeva senso di violenta costrizione retrosternale, senza irradiazioni dolorose; questi attacchi si erano resi più frequenti e violenti negli ultimi mesi. Mancavano sintomi di lesioni valvolari e di arteriosclerosi. La pressione sanguigna al Pachon era Mx 200, Mn 110.

Il 14 maggio l'O. praticò la resezione di ambedue gli splancnici di sinistra; durante l'operazione potè palpare l'aorta toracica e constatare l'assenza di lesioni arteriosclerotiche.

La pressione sanguigna misurata 20 giorni dopo l'operazione dà Mx 160, Mn 100. La paziente non ha, dopo l'operazione, avvertito disturbi soggettivi. Certo è troppo presto per parlare di un successo ma il tentativo merita forse di essere fin da ora segnalato.

La resezione dei nervi otturatori nella cura delle paresi spastiche.

Prof. G. PIERI. — Nei pazienti con paresi spastica degli arti inferiori (e tipicamente nel morbo di Little) si verifica abitualmente una contrattura di questi in adduzione e rotazione interna che ostacola grandemente il cammino. In questi casi si praticava finora la tenotomia degli adduttori con risultati spesso mediocri.

Recentemente Selig ha proposto invece di resecare i nervi otturatori.

L'O ha praticato l'operazione in 3 pazienti, di cui presenta uno all'assemblea e si dichiara soddisfatto dei risultati ottenuti, che nel più antico caso si mantengono alla distanza di oltre 3 anni.

Egli procede alla resezione degli otturatori dalla via addominale extraperitoneale, attraverso incisione mediana soprapubica.

Questo processo ha tre vantaggi:

1) permette di resecare gli otturatori di ambedue i lati attraverso una incisione unica;

2) seziona i nervi prima che da essi si distacchino i rami di suddivisione;

3) è tecnicamente molto più semplice e facile che non la resezione attraverso incisione crurale.

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 5 maggio 1930.
Presiede il Prof. A. Coletti.

La modificazione di risonanza delle basi polmonari in rapporto alla posizione degli arti superiori.

Dott. G. Vascellari. — L'O. avendo da molti anni portata la sua attenzione sulle variazioni plessimetriche della base del torace in rapporto alla posizione degli arti superiori e constatato che in condizioni normali la base del torace si rischiara col sollevamento del braccio omologo studia le cause che ne determinano il fenomeno e che sono dovute:

1) all'allargamento degli spazi intercostali per la rotazione in alto ed in fuori delle costole;

2) all'allargamento alla base del torace prodotta dall'abbassamento del diaframma per cui si allarga il corrispondente seno costo-diaframmatico che permettendo un aumento dei diametri del torace rende possibile un'ulteriore espansione del polmone colla ispirazione di una quantità di aria maggiore che porta all'aumento di risonanza della cassa toracica. Studia quindi come si comporta questo segno nei casi patologici della base del torace e ha potuto stabilire che nei processi infiammatori acuti o cronici del polmone, nell'attelettesia come nei fatti di stasi o nelle ipofonesi da epato e splenomegalia il sollevamento del braccio dà sempre un rischiaramento della parte superiore della zona ipofonetica.

Invece nelle affezioni pleuriche questo segno si comporta in modo diverso a seconda che si tratti di forme plastiche od essudative avendosi nel primo caso un modico rischiaramento della base quando le aderenze sono lasse e non hanno bloccato completamente il seno pleurico, mentre nei versamenti liberi nessun rischiaramento si ottiene con la manovra in discorso pur essendo scarsa la quantità del liquido pleurico.

L'O. si dà ragione del fatto da lui constatato pensando che il liquido si adatta alla nuova forma che assume il torace durante la manovra insinuandosi come un velo tra le due pleure agevolato dalla spinta verso il basso che subisce il polmone.

L'O. richiama l'attenzione dei colleghi sulla utilità di questo segno concludendo che la mancanza di rischiaramento della base del polmone con questa manovra può essere utilizzata a diagnosticare la presenza di liquido libero nel cavo pleurico.

L'azione dei preparati renali sulla durata della vita negli animali nefrectomizzati.

Dott. G. Vascellari. — Dall'insieme delle esperienze da lui condotte non risultano al R. dati che dimostrino l'esistenza di una secrezione interna renale, e depongono contro l'utilità della somministrazione di preparati opoterapici renali nelle affezioni nefritiche, anzi dalle ricerche eseguite essa sarebbe piuttosto da ritenersi dannosa.

Sul valore diagnostico delle intradermoreazioni alla colesterina colloidale nelle affezioni artritiche e nelle litiasi.

Dott. A. Crivellari. — L'O. riferendosi agli studi di Loeper e Debray in proposito, che avevano concluso come la intradermoreazione alla colesterina colloidale permette di svelare il terreno artritico avendo gli AA. ottenuto la formazione in sede delle iniezioni di tofi volle eseguire delle esperienze di controllo su 40 soggetti di cui 20 non affetti di forme artritiche.

L'O. pervenne ai seguenti risultati:

1) le intradermoreazioni colla soluzione colloidale di colesterina riscirono positive in tre quarti dei casi da lui scelti fra le malattie artritiche e litiasiche;

2) l'O. riscontrò positive le intradermocolesteriniche nelle affezioni che Perrin e Mathieu chiamano parartritiche, ed in altre malattie aventi punto di contatto colla diatesi urolitogena;

3) ottenne intradermo positive anche in malattie non facenti capo all'artritismo in più della metà dei casi (tachicardia parossistica con probabile tachisistolia atriale, epatosplenomegalia in malato cronico, ecc.);

4) nei casi di positività con la soluzione colloidale di colesterina l'O. notò ugualmente positive e qualche volta in grado maggiore le intradermo eseguite con soluzione urato-colesterinica, da lui per primo allestita;

5) la positività dell'intradermo non è sembrata all'O. legata al quantitativo di colesterina ed acido urico nel sangue preventivamente dall'O. dosati;

6) nella diatesi urolitogena è il tasso colesterinemico che risultò all'O. quasi sempre aumentato mentre l'uricemia si mantenne nei limiti normali.

In base a quanto sopra l'O. conclude che l'intradermo alla colesterina non ha il valore di reazione specifica nelle affezioni artritiche e nelle litiasi.

Tre casi di ulcera duodenale perforata.

Dott. Tomasi. — L'O. riferisce le storie cliniche relative a tre operati, in due dei quali la diagnosi posta di colecistite acuta che reclamava un sollecito intervento per fatti peritonitici fu riscontrata all'atto operativo non esatta essendovi in quella vece constatata la presenza di ulcera duodenale perforata nella cistifellea, nel mentre nel III caso la diagnosi fu esatta perchè preventivamente il soggetto fu sottoposto ad indagine radiografica che aveva messo in evidenza l'*ulcus duodenalis* e nel quale all'atto operativo fu constatato il duodeno circondato da tenaci aderenze infiammatorie che lo fissavano alla cistifellea nella quale l'ulcera era in procinto di perforarsi.

Discute con validi argomenti sulla difficoltà della diagnosi differenziale tra colecisti e ulcera duodenale e fa rilevare la rarità della perforazione di questa nella colecisti, fatto che indusse nei due primi casi più facilmente in errore per la sintomatologia presentata dagli infermi, simile in entrambe le forme morbose.

Ne descrive l'atto operativo (colecistectomia, resezione gastro-duodenale) mettendo in luce la utilità che può in questi casi essere veramente decisiva pel concetto diagnostico dell'esame radiologico, mentre i dati clinici pur preziosi talora sono insufficienti a decidere da soli sulla diagnosi differenziale delle due malattie in discorso.

Il Segretario: Dott. P. Fabris.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il problema della gastrite.

L'importanza delle gastriti è stata a lungo trascurata, mentre ora si è nuovamente richiamata l'attenzione su di essa per i numerosi metodi biologici, che permettono di precisare la diagnosi clinica sullo stesso vivente.

Si è così rilevata la frequenza di gastriti croniche, che durano per anni senza determinare achilia, di gastriti localizzate, specialmente di antriti ed anche di forme diffuse.

Le classificazioni morfologiche o quelle basate sulle modificazioni della secrezione non hanno importanza in clinica; anche la differenziazione attuale in forme acute o croniche, secondo G. von Bergmann (*Deut. med. Wochens.*, 18 ottobre 1929) non può essere mantenuta, perchè la maggior parte delle forme si svolge con attacchi acuti sopra un fondo cronico, con processo di rigenerazione lenta intercalare.

I criterî anatomici e clinici non sono sovrapponibili.

Si osserva una gastrite cronica con attacchi parossistici, sia come manifestazione secondaria (ulcera, colecistite, affezione epatica), sia come quadro clinico isolato. Il quadro clinico ad attacchi, del resto, può presentare una rassomiglianza quasi assoluta con le crisi periodiche dell'ulcera.

La gastrite è spesso la manifestazione di una lesione epiteliale con infiammazione secondaria originata, più che dall'irritazione locale di origine alimentare, da fattori ematogeni (germi infettivi, prodotti di disintegrazione di sostanze organiche). Il problema della gastrite diventa così una parte della questione generale delle reazioni tessulari infiammatorie e delle sensibilità tessulari in genere.

Gli elementi ancora molto insufficienti di diagnosi fanno sì che, in molti casi, non si riconoscano delle gastriti in quadri abusivamente etichettati per dispepsia, disturbi digestivi, ecc.

La frequenza delle gastriti isolate che accompagnano le ulceri od il carcinoma, le colecistiti, le epatiti, ecc., non deve essere misconosciuta. In pratica, si devono trattare metodicamente tutti i casi dubbî che possono derivare da lesioni della mucosa ed evitare di considerarli come dei semplici disturbi funzionali. Si eviteranno così la terapia alcalinizzante od il semplice trattamento psicoterapico, ricordandosi dell'importanza della dietetica.

fil.

L'urea e l'ammoniaca dei liquidi gastrici allo stato normale e patologico.

Nei trattati classici esistono poche indicazioni a questo riguardo; invece una conoscenza esatta dell'argomento potrebbe servire bene alla diagnosi dell'uremia gastrica, spece a quella delle forme fruste che non si accompagnano ad un aumento troppo elevato dell'azotemia.

Sirnici, Vladesco e Popesco (*Arch. des mal. de l'app. digest. e de la nutrition*, n. 5, 1929) hanno istituito delle interessanti ricerche a questo riguardo.

In soggetti normali essi dosando l'urea col metodo di Barkroft hanno trovato nel succo gastrico a digiuno delle cifre di 0,14-0,42 per mille, e in pieno periodo digestivo il 0,18-0,34 ‰. Col metodo di Fosse invece hanno ottenuto le cifre assai più basse del 0,04-0,11 per mille a digiuno e di 10 ‰ nel periodo digestivo.

Studiando dei nefropazienti essi credono di poter affermare che una cifra superiore a gr. 0,50 ‰ (metodo Barkroft), o al 0,26 ‰ (metodo Fosse) nel vomito deve fare sospettare che questo vomito sia patogeneticamente legato ad una lesione renale. La stessa patogenesi renale si può sospettare quando si trova nel vomito o nel contenuto gastrico una cifra di ammoniaca superiore a gr. 0,140 per litro.

L. TONELLI.

CASISTICA.

Orticaria solare.

Goldschlog (*Prezglad Dermatologiczny*, n. 3, 1929) riferisce il caso di una donna che, dopo ogni esposizione, presentava orticaria, sia d'estate che d'inverno ed anche se il sole penetrava attraverso i vetri. Al contrario il calore dei fornelli di cucina produceva solo prurito, mai orticaria.

Tutte le parti del corpo di quell'inferma eccetto le mucose erano ugualmente sensibili all'azione dei raggi; il calore, il freddo, i raggi X non davano eruzione, la lampada di Quarzo produceva un'eruzione orticariante lieve e ritardata; dopo un'iniezione endovenosa di rosso Congo, i pomfi dell'orticaria non si coloravano in rosso. Tra i vetri colorati quelli che meglio preservavano l'ammalata erano i rossi, i vetri gialli e verdi la proteggevano meno, i vetri bleu per niente.

L'A. da tali esperienze, conclude che l'orticaria solare è dovuta a quei raggi ultravioletti che sono di onde più lunghe ed i raggi più vicini allo spettro visibile (raggi di lunghezza

d'onde dal $\lambda = 313$ al $\lambda = 365$ $\mu\mu$). L'orticaria solare sembra perciò differenziarsi dall'hydroa vaccinoforme, dallo xero-derma *pigmentosum*, risultante di una sensibilità elettiva ai raggi ultravioletti. A. P.

Il piede di Madura.

Le micosi primitive e localizzate del piede sono rarissime in Europa; abbastanza frequenti invece nelle regioni dell'India, in cui l'affezione è endemica (donde il nome di *piede di Madura* dal nome della città indiana in cui furono segnalati i primi casi).

I casi osservati in Europa e descritti sono 19 ai quali però bisogna aggiungere un ventesimo illustrato da Dal Prato ed un ventunesimo da Benassi e Fiaschi (*Chirurgia degli Organi di Movimento*, vol. XIV, fasc. 3°).

Il micetoma del piede, che ha lento decorso, è preceduto quasi sempre da trauma e si presenta talora come una tumefazione mostruosa, non dolorosa, con piccole tuberosità a forma nodulare, di volume variabile da un grano di miglio a un pisello, con interessamento solo in secondo tempo dello scheletro. I noduli finiscono per ulcerarsi, dando esito a un liquame vischioso con granuli della grandezza di piccoli semi di miglio, di colorito vario, donde la *varietà ocroide*, la *melanoide* e — eccezionalmente — la *rossa*. Altra classificazione è basata sull'identificazione dei miceti patogeni, sebbene si tende oggi a comprendere le varie forme nella grande famiglia dell'Actinomyces.

Il processo micotico può assumere l'aspetto tumorale (Murphy, Israel, Bruns, Poucet, Bassini).

La diagnosi presenta notevoli difficoltà, per cui è sempre indispensabile l'esame istologico. Anche l'esame radiografico può assumere un particolare interesse (Benassi e Fiaschi).

Le cure jodiche hanno dato per lo più scarsissimi risultati. Occorre pertanto, una volta accertata la diagnosi di micetoma del piede, eseguire al più presto l'intervento chirurgico, con cui al paziente si risparmieranno lunghi anni di inutili sofferenze.

C. GIACOBBE.

Micosi del condotto uditivo esterno.

A. Marena (*Il Valsalva*, sett. 1929, n. 9) osserva che le affezioni micotiche rappresentano più del 5 per cento fra gli ammalati di orecchi, naso e gola.

La sintomatologia di tale affezione è varia: per solito il malato accusa un prurito spiacevole nel condotto uditivo, un senso di pienezza non di rado accompagnato a dolori lancinanti specialmente notturni e nella maggior parte dei casi a cofosi fino alla soppressione della percezione dei suoni gravi.

Altri sintomi sono: elevazione termica, tosse, vertigini date dalla compressione sulla membrana dell'ammasso micotico, scolo sieroso dovuto all'essudato prodotto dall'infiammazione e dalla macerazione consecutiva dell'epidermide.

L'esame otoscopico mostra nel condotto uditivo la presenza di un voluminoso turacciolo lanugginoso, di colorito bianco, grigio-scuro, verdastro o tendente al giallo-rosso, formato da faldelle di epidermide e carico di miceli, spore e cerume. Per solito le pareti del condotto sono rosse e sanguinanti per i traumi prodotti dal grattamento o per la presenza di foruncoli.

Le otomicosi sono dovute agli ifomiceti, funghi inferiori privi di clorofilla, i quali vivono parassitariamente a spese della sostanza organica su cui si impiantano. I miceti patogeni più comuni sono: l'*Aspergillus fumigatus* e lo *Sterigmatocystis nigra*.

È ancora poco chiaro il meccanismo patogenetico di tali affezioni e la terapia specifica a base di filtrati sul sistema Besredka ha dato risultati incerti.

V. A.

TERAPIA.

La guaribilità della sifilide.

Sulla guaribilità della sifilide in seguito a cure ben fatte non esiste concordanza di pareri, perchè alcuni ammettono ed altri negano la perfetta sterilizzazione dell'organismo.

Per poter considerar guarito un individuo bisogna che non vi sia alcuna manifestazione cutanea o viscerale, che i bambini nati dopo la cura non abbiano alcuna tara eredoluetica, che la sierodiagnosi sia negativa per diversi anni, che il liquido cefalo-rachidiano sia normale. Accanto a queste condizioni, le quali spesso possono essere fallaci, e serbare delle sorprese Sezary (*Presse Méd.*, 30 nov. 1929) dà la massima importanza alla cura, la quale deve essere precoce e sufficiente. Per tale giudizio l'A. ha condotto una indagine su 400 individui curati con diversi metodi, e dalla osservazione di tali casi ne conclude che la cura esclusivamente mercuriale è insufficiente; anche gli arsenobenzoli, se non son praticati tempestivamente e intensivamente non evitano le lesioni tardive luetiche. Per le cure bismutiche è troppo presto poter dare un giudizio sicuro.

Egli ritiene tuttavia preferibile la cura mista arseno-bismutica, la quale consiste nel praticare, appena fatta la diagnosi di lue, una serie endovenosa salvarsanica da 0,15 a 0,90, e ripetendo questa dose fino ad una quantità totale di gr. 6-7 di arsenico; contemporaneamente fare da 15 a 20 iniezioni endomuscolari di una sospensione oleosa di un sale di bismuto. La cura va sospesa per un mese, e ripresa con uguale ritmo dopo tale periodo.

Questa cura viene consolidata con cicli più distanziati, e meno intensi, per la durata di quattro anni.

Un'altra condizione essenziale per la buona riuscita della cura è la precocità dell'intervento.

Una cura istituita nelle prime settimane dalla comparsa della roseola può giovare più di quella istituita quando si sono stabilite manifestazioni secondarie, di organi viscerali, le quali sono molto più resistenti alla cura.

Come conclusione si può stabilire che una cura rapida ed intensa praticata dopo la comparsa del sifiloma o alla comparsa delle prime roseole, e continuata per quattro anni può guarire la sifilide. Nel periodo terziario, la cura può guarire le manifestazioni luetiche, ma non la malattia, la quale si presenta in questo periodo ribelle ad ogni medicamento.

CARUSI.

Sull'azione terapeutica del Myosalvarsan.

G. Jaia (*Arch. It. di Derm., Sif. e Ven.*, fascicolo III, 1930) ha usato in circa 300 luetici il myo-salvarsan, prodotto analogo al neosalvarsan dal quale si differenzia per la sostituzione del gruppo formaldeide-solfossilato-sodico con un gruppo formaldeide-bisolfito-sodico. Il preparato presenta il vantaggio di poter essere iniettato per via sottocutanea o intramuscolare (preferibile la prima perchè meno dolorosa) e la sua azione pronta ed efficace gli permette di poter rivaleggiare con i comuni arseno-benzoli iniettati per via intravenosa, senza poter essere sostituito a questi in una maniera generale. Lo si riserverà specialmente alla terapia infantile e a quei casi nei quali la via del circolo non possa venire utilizzata per difficoltà meccanica o per condizioni particolari dell'infermo che renderebbero pericolosa l'introduzione per tale via.

Le reazioni locali (dolore, infiltrazione) sono scarse, talvolta nulle; le proprietà tossiche del medicamento non essenzialmente diverse di quelle del comune neosalvarsan.

MONACELLI.

La gonorrea nelle donne. Sua cura colla diatermia.

Winfield Scott Pugh (*The Medical Herald*, giugno 1930) ha veduto in 27 anni parecchie migliaia di donne blenorragiche e ritiene che solo pochissime guarirono, specialmente perchè i blenorragici non si sottomettono volentieri alla lunghissima cura necessaria.

Un errore che commette spesso il medico che esamina una donna blenorragica è quello di non esaminare l'uretra; se è vero che la sede più frequente della malattia è il collo uterino, non bisogna trascurare l'uretra che è colpita spessissimo.

La cura di quest'infezione nella donna è passata attraverso vari stadi: chimico, chirurgico; poi cauterizzazione, poi diatermia.

L'amputazione del collo uterino si deve rigettare senz'altro dalla pratica.

La diatermia è ottimo mezzo, però dev'essere praticata con apparecchi potenti: voltaggio 35.000 e frequenza non minore a 2 milioni per secondo.

Il principio su cui si basa questa cura è che la febbre (cioè il calore) inibisce lo sviluppo del gonococco. La diatermia da usarsi nella blenorragia è quella sedativa (massimo 45°). Bastano in genere cure di 20 minuti per eliminare il gonococco dall'uretra.

Le zone infiammatorie che persistono nelle ghiandole di Skene devono essere coagulate mediante un elettroskenoscopio di Walther.

A volte si sviluppa una caruncola uretrale, che deve essere elettrocoagulizzata. A volte si hanno masse polipoidi del collo vescicale; anche queste si curano coll'elettrocoagulazione.

Anche l'endocervicite uterina si cura colla diatermia; la cura va continuata bisettimanalmente finchè almeno 5 esami del secreto sono senza gonococchi. Alcuni autori hanno avuto risultato rapidissimo: in una seduta di 15-20'.

L'esistenza di piosalpinge non controindica l'uso della diatermia.

Sui 500 casi così trattati dall'A. si ebbe il 70 % di guarigioni. Le maggiori difficoltà si hanno nella cura delle uretriti, perchè non tutte le pazienti sopportano l'elettrode uretrale.

R. LUSENA.

IGIENE.

La separazione delle tubercolosi chiuse da quelle aperte, nei sanatori.

H. Brauning (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 4, 1930) osserva come un individuo sano, ma stato infettato di tubercolosi, può ammalare di tubercolosi in seguito a reinfezione con bacilli di Koch. Pazienti affetti da infiltrazioni primarie e pazienti che si trovano nel periodo secondario allergico della tubercolosi possono peggiorare in seguito a superinfezioni. Gli adulti affetti da forme produttive o produttive cirrotiche di tubercolosi possono anch'essi peggiorare in seguito ad una reinfezione; guariti da tali forme essi possono nuovamente ammalare di tubercolosi se reinfettati. È quindi necessario che nei sanatori si provveda non soltanto a proteggere il personale di assistenza sano dalla reinfezione tubercolare, ma anche a tenere completamente separati i pazienti affetti da tubercolosi chiusa o non più attiva da quelli affetti da tubercolosi aperta. Sarebbe opportuno che negli elenchi dei tubercolosari

e dei sanatori si dicesse in quali di essi i pazienti con tubercolosi aperta e quelli con tubercolosi chiusa sono tenuti in edifici separati.

Pollitzer.

Nuove vedute sulla profilassi antidifterica.

E. Löwenstein (*Münch. Med. Woch.*, n. 21, maggio 1930), ideatore di un unguento profilattico contro la difterite, sulla base di una esperienza di parecchie diecine di migliaia di casi, esalta il valore del proprio metodo. Questo infatti assolverebbe tutti i postulati stabiliti da Behring fin dal 1913 riguardo alle sostanze vaccinanti: attività, innocuità assoluta, facile applicazione.

Gli altri metodi basati sopra iniezioni, tanto con miscele di tossina-antitossina, quanto con veleni formolizzati, non avrebbero, secondo l'A., ugualmente corrisposto appieno, dal punto di vista dell'innocuità e dell'attività.

M. Faberi.

VARIA.

La mano ed i disturbi endocrini.

L. Levi (*La Clinique*, 1930, n. 142) distingue i seguenti tipi di mano in rapporto alle perturbazioni endocrine.

Mano invernale: *acrocianosi*, stasi venosa e linfatica. La mano ha colorazione violacea, che sparisce con la pressione e tende a ricomparire; dà una sensazione di freschezza e, nei casi estremi, di ghiaccio, sensazione la quale può essere incosciente per il malato oppure è cosciente e gli riesce penosa; si presenta inoltre lievemente umida o con secrezione abbondante e con tumefazione od impastamento delle parti molli. Si hanno anche spesso screpolature, geloni, paterecci e tuberculidi.

La si trova più spesso nel sesso femminile ed è stata interpetrata nel senso di un'insufficienza tiroidea, tanto più che spesso, la cura tiroidale riesce efficace. Secondo Marañon, essa è legata all'insufficienza genitale giovanile; si inizia nel periodo prepubere, prima dei mestrui, sparisce col matrimonio o colle gravidanze ed è migliorata da una cura ovarica intensa e prolungata.

Spesso, si tratta di insufficienza associata tiro-ovarica e, talora, anche di disturbi dell'ipofisi.

Mano estivale; eritromelalgia. Ha caratteri del tutto opposti, compresa anche la traspirazione che, in tal caso, è calda. La si trova nel morbo di Basedow, nell'ipertiroidismo.

Mano ipofisaria. Oltre alle forme di vera e propria acromegalia, si hanno ipertrofie della mano (o del piede) per effetto, p. es., della gravidanza o della menopausa sull'ipofisi. Una opoterapia antagonista può farla diminuire. È pure ad azione ipofisaria che molte donne debbono la loro mano da uomo e certi uomini la mano di donna (intersessualità). Caratteristica della mano ipofisaria è l'iperdistensione legamentosa.

Mano surrenalica. Nell'insufficienza surrenalica, si hanno pigmentazione, secchezza o traspirazione profusa, aspetto sclerodermico o mummificato; carattere interessante sono le nodosità di Bouchard, inspessimenti situati fra la falange e la falangina, che non permettono di ravvicinare le dita.

Altri *tipi diversi di mano* sono quella *di cuoca* capace di affinarsi con la cura tiroidea; la *mano fine*, aristocratica, con dita lunghe e sottili dell'ipertiroideo; la *mano angelica*, dello stato timico-linfatico, rappresentata dai pittori primitivi toscani, la *mano dell'assassino*, da iperpituitarismo, la *mano ovarica* con rapporti con la mano dell'acondroplasia; la *mano mongolica*, con una specialissima distendibilità ipopituitarica; la *mano puerile*, infantile, femminile nell'uomo e la *mano da uomo* nella donna, in rapporto con i disturbi di diverse ghiandole endocrine (tiroide, ipofisi, gonadi, surreni). *fil.*

Ricerche spirometriche sui lavoratori della voce.

F. Sanchirico (*Folia medica*, 15 mag. 1929) ha fatto delle ricerche sistematiche su diversi individui, che possono considerarsi come lavoratori della voce: professori, declamatori, cantanti, sia prima che dopo l'affaticamento professionale, che richiede una iperfunzione respiratoria. Ha osservato che le cifre spirometriche ottenute (capacità vitale, aria di respirazione normale, aria di riserva) dopo l'affaticamento, sono di molto inferiori a quelle ottenute dopo il riposo. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. Mirone e U. Reitani. *Sul valore dell'associazione microbica e tossica del b. Perfringens con bacilli dissenterici e metadissenterici.* — Tip. Ed. Min., Torino, 1929.

E. Alfieri. *Lavoro e Maternità.* — Tip. già Cooperativa, Parma, 1929.

E. Alfieri. *Lezioni cliniche sulla infezione puerperale.* — Tip. Card. Ferrari, Milano, 1929.

U. Reitani. *Sulla probabile azione aggravante del B. Perfringens nel corso della febbre tifoide.* — Riforma Medica, Napoli, 1929.

F. Barettoni. *Sulle fratture articolari dell'arto superiore.* — Rassegna Pred. Soc., Roma, 1929.

V. R. Perretti. *Sulla tubercolosi nodulare diffusa del miocardio.* — E. Oliveri, Genova, 1929.

A. Lutrario. *Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique.* Paris, 1929.

G. Calligaris. *Le catene lineari del corpo.* — Min. Medica, Torino, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIX. - Rapporti tra professionista e cliente: onorari.

Un professionista inviò la parcella dei propri onorari al cliente, il quale non rispose. Procedette poi alla liquidazione giudiziale, applicando rigorosamente le norme della tariffa. Ne risultò una somma maggiore di quella richiesta prima. Il cliente oppose che la parcella vincolava il richiedente, il quale non poteva perciò pretendere una somma maggiore, anche se conforme alla legge.

Si trattava di prestazione d'opera legale; ma la risoluzione della controversia ha riflessi per tutti i casi analoghi.

La quistione si presentava, in sostanza, così: la richiesta obbliga senz'altro il professionista? La Corte d'appello rispose in senso affermativo. Ma la Cassazione, con sentenza 26 marzo 1930 (Ferrari c. Calzarara), ha considerato errata questa risoluzione « non potendosi riconoscere forza obbligatoria a qualsiasi offerta, se non sia stata accettata dalla parte cui essa è rivolta, perchè solo al momento della accettazione avviene l'incontro dei due consensi necessari alla formazione di un vincolo giuridico obbligatorio per le parti contraenti, il che si desume chiaramente dalla disposizione dell'art. 36 del codice di commercio il quale, disciplinando il contratto fra assenti, ha enunciato un principio di carattere generale, applicabile perciò in ogni genere di contratti bilaterali ». « D'altra parte — soggiunge la sentenza — la proposizione enunciata dalla Corte è contraria alla giurisprudenza adottata in simili controversie da questo Supremo Collegio, il quale ha ritenuto che l'avvocato (identico è il caso del medico e di qualsiasi altro professionista - *n. d. r.*), quando la notula da esso spedita al proprio cliente non sia stata da questi accettata e bonariamente liquidata, sicchè egli sia costretto ad adire le vie giudiziarie per ottenere la tassazione delle proprie competenze, non sia obbligato a contenere la domanda nei limiti di detta notula, ma ben possa richiedere l'integrale pagamento di quanto a norma di legge gli è dovuto per l'opera professionale da lui prestata, appunto perchè la mancata accettazione della parcella fa cadere la richiesta in essa contenuta, la quale altro valore non può avere se non quello di una pura e semplice proposta per la amichevole definizione del rapporto obbligatorio ».

E' anche da segnalare la sentenza della Corte di Cassazione 27 febbraio 1930 ric. Rendina c. Di Maio, relativa ad una controversia tra medico-chirurgo e cliente. Agli effetti dell'onorario, opponeva l'interessato (ma inesattamente) che l'intervento chirurgico non aveva avuto il successo sperato. La Corte di Cassazione ha però considerato « che il compenso è dovuto al professionista come corrispettivo della prestazione della sua opera, indipendentemente dal buon esito della stessa; il sanitario non può rendersi mallevadore di una stabile guarigione, allo stesso modo che l'avvocato non può garentire il buon successo delle liti da lui patrocinate ». Tale risoluzione è certamente corretta.

Essendo stati condannati solidalmente la persona assistita e i figli di essa, questi ultimi avevano eccepito di non aver richiesto l'opera del chirurgo e che, se mai, era obbligata la madre. Ma la Corte di Cassazione ha confermato il giudizio della Corte d'appello, riconoscendo che tutti erano obbligati: « la prima per il fatto di essersi sottoposta spontaneamente alle cure del medico; i secondi per il fatto di avere trattato col medico per l'inizio e la cessazione della cura ». « Uopo *è* riconoscere, soggiunge la sentenza, abbia tacitamente conferito mandato al professionista chi ne accetta la prestazione d'opera, anche se non l'abbia espressamente richiesta. Chi ritenendo non più necessaria nè utile l'opera di lui licenzia il professionista, si comporta da mandante anche nella ipotesi che il mandato sia stato per suo conto da altri conferito. Quando il mandato è stato conferito da più persone, anche se soltanto tacitamente da taluna di esse per un interesse comune (in concreto la salvezza della Rendina la cui vita era in pericolo) l'obbligo di corrispondere il compenso promesso o dovuto al professionista incombe in solido a tutti i mandanti ».

Qualche riserva è da fare circa il rapporto di mandato; è da ritenere che, generalmente, come in altri casi ha ritenuto la stessa Corte di Cassazione, si tratti di locazione d'opera. Tuttavia, eccettuata la quistione relativa alla solidarietà, la conclusione alla quale si giunge agli effetti dell'obbligo nascente da incarico tacito, non sarebbe diversa da quella sopra indicata.

XX. - Concorsi: formazione del giudizio; preferenze.

Si fa ancora confusione, in qualche caso, tra gli elementi valutabili agli effetti del giudizio di idoneità assoluta e comparativa e i titoli di preferenza. Accade talvolta che le Commissioni tengano conto, nella formazione del giudizio, dei titoli militari non in quanto corrispondano ad attività sanitaria, ma come titoli di benemerenza. *Questo procedimento è errato.* Per il giudizio di idoneità e per la graduatoria devono essere valutati soltanto i titoli così detti di merito, cioè titoli professionali, di carriera, di studio, ecc. Accertato così il valore di ciascun concorrente e formata la graduatoria, se ne risulta una condizione di uguaglianza, è efficace la preferenza, quando ne sia il caso. Recentemente, con decisione 2 maggio

1930, n. 248, la V Sezione del Consiglio di Stato ha dovuto annullare una deliberazione di nomina appunto perchè la Commissione giudicatrice, valutando i titoli dei concorrenti, aveva tenuto conto delle benemerenze militari, attribuendo ad essi un coefficiente di sei punti. i quali contribuirono, con quelli assegnati ai titoli delle altre due categorie, a formare la votazione complessiva per ciascun concorrente ai fini della graduatoria finale.

L'errore è evidente.

XXI. - Concorso ; sanitario condotto ; distribuzione dei punti.

La Commissione attribuì 18 punti, in dose uguale, a tutti i concorrenti, senza riferimento a concreta valutazione di titoli. Distinse poi questi in più categorie e assegnò i dodici punti residuali, a seconda del giudizio specifico. Fu nominato il concorrente graduato ultimo. Il primo ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Due quistioni erano da risolvere preliminarmente: il primo graduato aveva *interesse giuridico* di agire contro il giudizio della Commissione? Era legittimo il procedimento relativo all'assegnazione dei punti?

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 luglio 1930, ha dichiarato ammissibile ed ha accolto il ricorso.

La prima risoluzione non ha particolare importanza. Poichè si discuteva della legittimità del giudizio relativo al concorrente che era stato nominato, non era dubbio l'interesse del primo graduato di chiedere l'annullamento dell'atto di nomina e della conclusione della Commissione. Finalità dell'azione era la revisione del giudizio al fine della esclusione del concorrente dichiarato idoneo e poi nominato. Questo punto non può essere dubbio.

Importante è, invece, la seconda risoluzione. In un caso analogo, il Consiglio di Stato ritenne non illegittima l'assegnazione di un certo numero di punti in misura uguale per l'ammissione al concorso, considerando che, se il procedimento era irregolare, in quel caso non risultava che avesse prodotto effetti di deviazione. Con la decisione sopra indicata, invece, la V Sezione riconosce (come noi sostenemmo annotando la precedente risoluzione) pienamente illegittimo il procedimento.

La nostra opinione è nota ai lettori di questo periodico. Crediamo ora non inutile riportare i motivi della decisione del Consiglio di Stato, tanto più che, sia pure dal punto di vista del sindacato di legittimità, è messa in luce e repressa la possibilità di artificiose operazioni, preordinate al fine di rendere possibile l'assegnazione del minimo dei punti, necessario agli effetti della idoneità.

La decisione deve essere ben considerata dalle Commissioni esaminatrici dei titoli dei concorrenti, anche per casi analoghi. Certamente ne risulta un contributo ai mezzi di difesa della serietà dei concorsi.

« Il Collegio giudica fondata la doglianza relativa alla illegittimità del criterio, secondo il quale la Commissione, disponendo complessivamente di 30 punti per ogni concorrente, ne assegnò ben 18 all'ammissione del concorso.

« Anche i resistenti implicitamente riconoscono che tale criterio sarebbe illegittimo se con esso la Commissione si fosse limitata a tradurre in formula numerica il giudizio puramente formale sulla regolarità dei titoli di ammissione al concorso.

« E non è infondato il dubbio che tale sia stato il criterio della Commissione. Ma pur volendo ammettere con i resistenti che la Commissione abbia, invece, voluto formulare un giudizio complessivo sul minimo di capacità occorrente per partecipare al concorso, la Sezione ritiene che, anche sotto tale profilo, il criterio più volte cennato sia censurabile e per violazione di legge (art. 35 del R. D. 19 luglio 1906, n. 466) e per eccesso di potere.

« Il regolamento or citato non stabilisce, è vero, i criteri che le Commissioni debbono seguire nella attribuzione dei trenta punti per ciascun candidato. Ma ciò non toglie che la legge sia violata e, comunque, i poteri conferiti dalla legge medesima alle Commissioni siano illegittimamente esercitati, quando le Commissioni attribuiscano i punti con criteri difformi dalla finalità della legge e dallo scopo del concorso.

« Ora tale difformità si ravvisa nella fattispecie, in cui la Commissione giudicatrice impiegò ben il sessanta per cento dei punti a sua disposizione per ciascun candidato (e cioè, 18 punti su 30) *esclusivamente per livellare tutti i concorrenti.*

« Difatti, trattandosi di punti stabiliti come titolo minimo per la ammissione al concorso, non era possibile la attribuzione parziale di essi, e la Commissione, precisamente, assegnò a ciascuno dei candidati il massimo dei 18 punti.

« *Se le operazioni di concorso hanno per fine essenziale la selezione dei candidati, agisce in contrasto con tal fine quella Commissione, la quale impieghi più della metà dei punti per mettere allo stesso livello tutti i concorrenti.*

« Da questo criterio è anche derivato che, fra l'altro, è stato artificiosamente reso possibile che qualche candidato raggiungesse il minimo dei 27/30 voluto dalla legge. Si può fondatamente ritenere (e questa considerazione non trascende i limiti del sindacato di legittimità, in virtù del quale si possono delibare i fatti, quando questi risultino travisati o quando sussista una palese contraddizione tra i fatti medesimi e l'atto amministrativo) si può ritenere che il dott. Marena, abilitato allo esercizio professionale da pochi mesi e sfornito, come risulta dalla elencazione fattane dalla Commissione, dei titoli relativi alla pratica professionale, non avrebbe raggiunto il minimo dei 27/30, se la Commissione non avesse ricorso al criterio or censurato ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un simpatico e coraggioso atto del Sindacato Nazionale Fascista Medici, a proposito delle specialità medicinali.

Il Segretario Nazionale del S. N. F. M., prof. Ermanno Fioretti ha diramato ai Segretari provinciali ed ai commissari, una circolare in cui si viene a chiarire una situazione che riguarda essenzialmente il decoro e la dignità della classe medica, su cui gli errori di pochi potevano gettare una luce falsa.

Tale circolare fa presente quanto segue:

1) È severamente vietato a tutti i medici di prendere comunque accordi con le Case produttrici di specialità medicinali per la quotazione, ordinazione e vendita di queste.

2) Costituisce vera e propria colpa accettare omaggi dalle Case produttrici, tanto più quando essi vengano promessi e dati in seguito ad accordi e contratti fra medici e Case produttrici. Il medico nelle sue ordinazioni deve essere guidato soltanto dalla sua scienza e coscienza e non da qualsiasi tornaconto più o meno larvato.

3) La nostra legge sanitaria proibisce a qualunque medico di esercitare la professione di farmacista, e ciò dev'essere dai medici interpretato nella massima larghezza; cioè essi devono nè appartenere, nè essere azionisti, nè dirigere alcuna azienda di produzione farmaceutica. Questo potrà concedersi a quel medico che abbia assolutamente lasciato l'esercizio professionale, dedicandosi alla produzione o al commercio dei medicinali.

4) Sono da biasimarsi le pubblicazioni *evidentemente* pseudoscientifiche che valgono soltanto a mettere in valore i prodotti di questa o di quella Casa produttrice.

5) Chiunque fra gli iscritti al Sindacato si renderà colpevole di trasgressione alle suddette disposizioni, verrà denunciato alle superiori gerarchie e cancellato dal Sindacato; indi denunciato all'Ordine dei Medici.

6) Qualsiasi medico che venga a conoscenza di simili accordi tra colleghi e produttori di specialità farmaceutiche, dovrà farne denuncia al suo Sindacato provinciale, convinto che solo così compirà opera veramente fascista a vantaggio della dignità della classe medica italiana.

La visita periodica agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Fra il gr. uff. dott. Ignazio Giordani, direttore generale dell'Istituto Naz. delle Assicurazioni e l'on. prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Naz. Fascista dei Medici è intervenuta, nella rispettiva loro qualità, la seguente convenzione:

L'Istituto Naz. delle Assicurazioni concede, in via di esperimento, buoni di visita medica periodica ai propri assicurati.

Il Sindacato Naz. Fascista dei Medici plaude alla iniziativa che, varcando gli interessi degli assicurati, risponde alle direttive del Regime, per quanto riguarda il miglioramento della salute e il prolungamento della vita umana.

Il Sindacato medico concorda con il suddetto Istituto nel sistema della libera scelta del medico purchè iscritto al Sindacato Fascista dei Medici.

Il Sindacato fornirà all'Istituto, entro due mesi dalla data della presente convenzione, gli elenchi dei medici dei varî Sindacati Provinciali disposti ad eseguire la detta visita medica.

E perchè il numero dei medici tra i quali l'assicurato possa scegliere, sia il maggiore possibile, il Sindacato farà opera perchè in ciascuna Provincia il maggior numero dei medici iscritti ai rispettivi Sindacati Provinciali, vi aderisca.

L'Istituto corrisponderà l'onorario di L. 20 (venti) a visita che verrà pagato direttamente dall'Istituto stesso a ciascun medico che farà pervenire, ad esso, il modulo concordato ed allegato alla convenzione.

Il medico per queste visite, è obbligato al segreto professionale anche verso l'Istituto e quindi non deve redigere alcun referto, ma solo inviare alla Direzione dell'Istituto il modulo di cui sopra, che ha l'unico scopo di far noto che il medico ha visitato l'assicurato e gli ha dato i consigli sanitari del caso.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aidussina (*Gorizia*). — Consorzio Aidussina, Santa Croce; L. 9000; 6 quadrienni del dec.; serv. att. L. 500; uff. san. L. 1000; automobile L. 3000; c.-v.; età lim. 45 a. Scad. 15 ott.

Andretta (*Avellino*). — L. 8000. Età mass. 40 a. Iscrizione al P. N. F. Scad. 31 agosto.

Bardi (*Parma*). — Al 3° reparto (3000 ab.) per i soli poveri; età mass. 40 a., salvo ecc. leg. L. 10.500 per 1200 poveri, L. 500 in più per ogni 250 oltre i 1200; 5 quadrienni del dec.; c.-v.; cavalcatura L. 4000. Scad. 31 agosto.

Campobasso. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo lire 11.000. Indennità servizio attivo L. 2200. Età massima anni 35, salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 ottobre 1930.

Canale d'Isonzo (*Gorizia*). — Consorzio; scad. 21 sett.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 3000 trasp., con obbligo di automobile, 6 quadrienni dec., età lim. 35 a.; ab. 9562 su Kmq. 149 in terreno montagnoso.

Cassinelle (*Alessandria*). — L. 8000; 5 quadrienni del dec.; uff. san. L. 500; trasp. L. 850; L. 3-5 per visita ai poveri oltre il 3 % della popolazione. Età 45 a. Scad. 31 agosto.

CASTREZZATO (*Brescia*). — Scad. 20 sett.; chied. annunzio.

CATANZARO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore sanit. del Brefotrofio; L. 10.000; è consentito l'esercizio professionale libero; età lim. 40 a.; documenti non anter. al 30 apr.; tassa L. 50 al Cassiere Provinc. (Banco di Napoli). Titoli di specializzazione (chiedere bando). Scad. ore 12 del 20 ott.

CESANA TORINESE (*Torino*). — Scad. 15 ott.; con Clavières; L. 10.000 oltre L. 1800 cavalc., L. 500 uff. san.

FAGNANO ALTO (*Aquila*). — L. 9500; uff. san. L. 500; cavalc. L. 2700; età mass. 35 a. Scad. 25 agosto.

FALCADE (*Belluno*). — L. 10.000; 5 quadrienni del dec.; uff. san. L. 500; trasporto L. 1000; c.-v. Età mass. 35 a. Scad. 31 ottobre.

GORNO (*Bergamo*). — Consorzio Gorno, Oneta; L. 10.000 aument. di un dec. ogni quinquennio; uff. san. L. 500; cavalc. e disagiata residenza lire 2000. Scad. 15 ottobre.

GRADISCA D'ISONZO (*Gorizia*). — L. 8000; 6 quadrienni del dec.; serv. att. L. 500; c.-v.; autom. L. 3000; età lim. 35 a. Scad. 31 ag.

GUARDISTALLO (*Pisa*). — L. 10.000; 5 quadrienni dec.; c.-v.; cavalc. L. 2000; uff. san. L. 500; L. 3 per ogni povero oltre i 500. Età mass. 40 a. Scad. 15 ottobre.

MARCELLINARA (*Catanzaro*). — L. 7500; 5 quadrienni dec. Indenn. malaria L. 500; uff. san. (temporaneo) L. 1200. Età mass. 45 a. Scadenza 25 agosto.

MAROSTICA (*Vicenza*). *Ospedale Civile.* — Assistente; L. 6000, vitto, alloggio. Nomina per biennio e proroga. Età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria Congregazione Carità. Scad. 30 settembre.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Assistente riparto malati di petto. Abitazione con obbligo di pernottarvi; eventualmente, a turno, serv. di accettazione e di pronto soccorso (medaglia di L. 30). Biennio di prova, riconferma per 4 anni. Età massima 30 a. Certificati temporanei non anteriori a 3 mesi dal 31 luglio; Cert. sana fisica costituz. Tenuta in considerazione l'appartenenza al P. N. F. e lo stato di famiglia. Assunzione serv. entro 20 giorni. Stip. (esclusa qualsiasi indenn. c.-v.) L. 5500 lorde, con 2 bienni del dec. Scad. ore 18 del 30 ag. Domanda al presidente del Consiglio ospedaliero.

PORTOGRUARO (*Venezia*). — 4ª condotta; L. 9000; 5 quadr. dec.; c.-v. Trasporto L. 1000-4000, secondo il mezzo usato. Scad. 30 settembre.

ROMA. *Ministero della Guerra (Direzione Centrale di Sanità Militare).* — Nella dispensa 42ª in data 25 luglio è stato pubblicato il bando di concorso per titoli ed esami per 25 posti di tenente medico in S. P. E. Vi potranno partecipare gli ufficiali in S. P. E. e di complemento di qualsiasi arma o corpo, i sottufficiali ed i militari di truppa, sia in servizio sia in congedo, nonchè i medici civili, i quali non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente medico in S. P. E. Per gli ex combattenti il limite di età è elevato di 5 anni. La domanda, diretta al Ministero della Guerra (Direzione generale personale ufficiali) ed i relativi documenti dovranno essere presentati ai Comandi di Distretto, per i militari in congedo, ed ai Comandi dei Corpi od Enti cui sono effettivi, per i militari in servizio, non oltre il 31 agosto.

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso per titoli al posto di Direttore Sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma. Stipendio L. 38.000 annue (con diritto a due aumenti quadriennali consecutivi di un decimo), nonchè una indennità di servizio attivo (fissa ed invariabile) di L. 12.000; gli assegni di cui sopra sono al lordo della ritenuta di R. M. Il concorso è per titoli di carriera, clinici e scientifici; i titoli clinici e di carriera avranno prevalenza su quelli scientifici generali. Possono prendere parte al concorso tutti i sanitari che abbiano conseguito la laurea in medicina e chirurgia entro il 31 dicembre 1924 o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nelle condizioni previste dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, numero 2029. Documenti di rito. Termine perentorio per la presentazione: ore 12 del giorno 30 settembre 1930. La nomina è soggetta ad un periodo di due anni di prova. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, Palazzo Provinciale, Roma.

ROVERETO (*Trento*). — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario e Direttore Ufficio Municipale di Igiene. Stipendio annuo L. 11.000 al lordo trattenute legali, 5 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Indennità di servizio attivo annue lire 2000. Divieto di massima di pratica privata, permessa consulenza. Riserva del Comune di affidare, secondo le contingenze, altri incarichi retribuiti. Domande, debitamente documentate secondo R. D. 29 novembre 1925, N. 2266, al Municipio di Rovereto fino al 6 ottobre 1930, ore 18. Per chiarimenti rivolgersi al Municipio di Rovereto o alla R. Prefettura di Trento.

S. GIGLIO TORINESE (*Torino*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 3500 trasp., L. 800 alloggio, L. 500 uff. san.

S. POTITO SANNITICO (*Benevento*). — L. 8000; 5 quadr. dec.; età lim. 40 a. Scad. 30 settembre.

TAURISANO (*Lecce*). — L. 8500; 4 quadrienni del dec. Età lim. 21-35 a.

TRAMONTI (*Salerno*). — 1ª circoscriz.; L. 7000; 4 quadr. dec.; cavalc. L. 3000; età mass. 35 a. Iscrizione al P. N. F. Scad. 31 agosto.

TIVOLI (*Roma*). — Condotta esterna; L. 8500; 5 quadr. del dec.; c.-v.; cavalc. L. 6000. Scad. 31 agosto.

VENEZIA. *Manicomi centrali.* — Medico internista (grado 9°) per la Colonia Medico-Pedagogica Pancrazio in Marocco di Mogliano Veneto. Obbligo di servizio anche per l'Istituto Sordomuti. Servizio di guardia. Stip. da L. 11.600 a L. 13.700 oltre L. 2800 di serv. att. Eventualmente, passaggio al grado 8°, con stip. da L. 13.700 a lire

16.000 e serv. att. di L. 3500; c.-v. di legge. Documenti comprovanti pratica specifica in med. interna, malattie infettive e pediatria; titolo di preferenza pratica assistenza mentecatti. Documenti temporanei, in data oltre 2 agosto. Età massima 40 a. (45 per ex-combatt.), salvo per medici in pianta stab. in pubbl. amministr. Conc. per titoli scientifici e pratici. Scad. ore 17 del 3 sett. Domande a Segreteria Manicomi centrali veneti (S. Maria Formosa, Calle delle Bande, Ramo Venier, N. 5269-A), Venezia.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel concorso per esami e titoli a tre posti di chirurgo primario negli Ospedali di Roma, testè espletato, sono stati classificati:

1) dott. Angelo Chiasserini;
2) dott. Lucio Urbani;
3) dott. Gerolamo Matronola.

Sono riusciti idonei: Manfredo Ascoli, Ermanno Mingazzini, Aurelio Stoppoloni, Francesco Ciancarelli, Luigi Caravani e Francesco Tari.

Vivissime congratulazioni sia agli eletti e sia agli idonei, quasi tutti valorosi collaboratori del « Policlinico ».

Il prof. Dalla Vedova Riccardo, di Ortopedia e Traumatologia a Roma, è stato nominato Ufficiale dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Sono stati nominati Cavalieri dei SS. Maurizio e Lazzaro: De Blasi Dante, di Igiene, a Napoli; Muscatello Giuseppe, di Clinica chirurgica, a Catania; Ovio Giuseppe, di Clinica oculistica, a Roma; Sfameni Pasquale, di Clinica ostetrico-ginecologica, a Bologna; Viola on. sen. Giacinto, di Clinica medica, a Bologna.

Libere docenze: Conferme definitive: Clinica oculistica: Alessandrello Giovanni; Malattie mentali e nervose: Maggiotto Ferdinando; Medicina operatoria: Fasano Mario; Patologia medica dimostrativa: Secondari Epaminonda.

Abilitazioni: Clinica dermosifilopatica: Spicca Giusto; Clinica oculistica: Giannantoni Camillo; Clinica ostetrica ginecologica: Mandruzza Giuseppe, Pianese Francesco, Volpe Amilcare; Clinica pediatrica: Morabito Ferdinando; Patologia ed Ostetricia dei bovini: Gerosa Giuseppe.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Marsiglia.

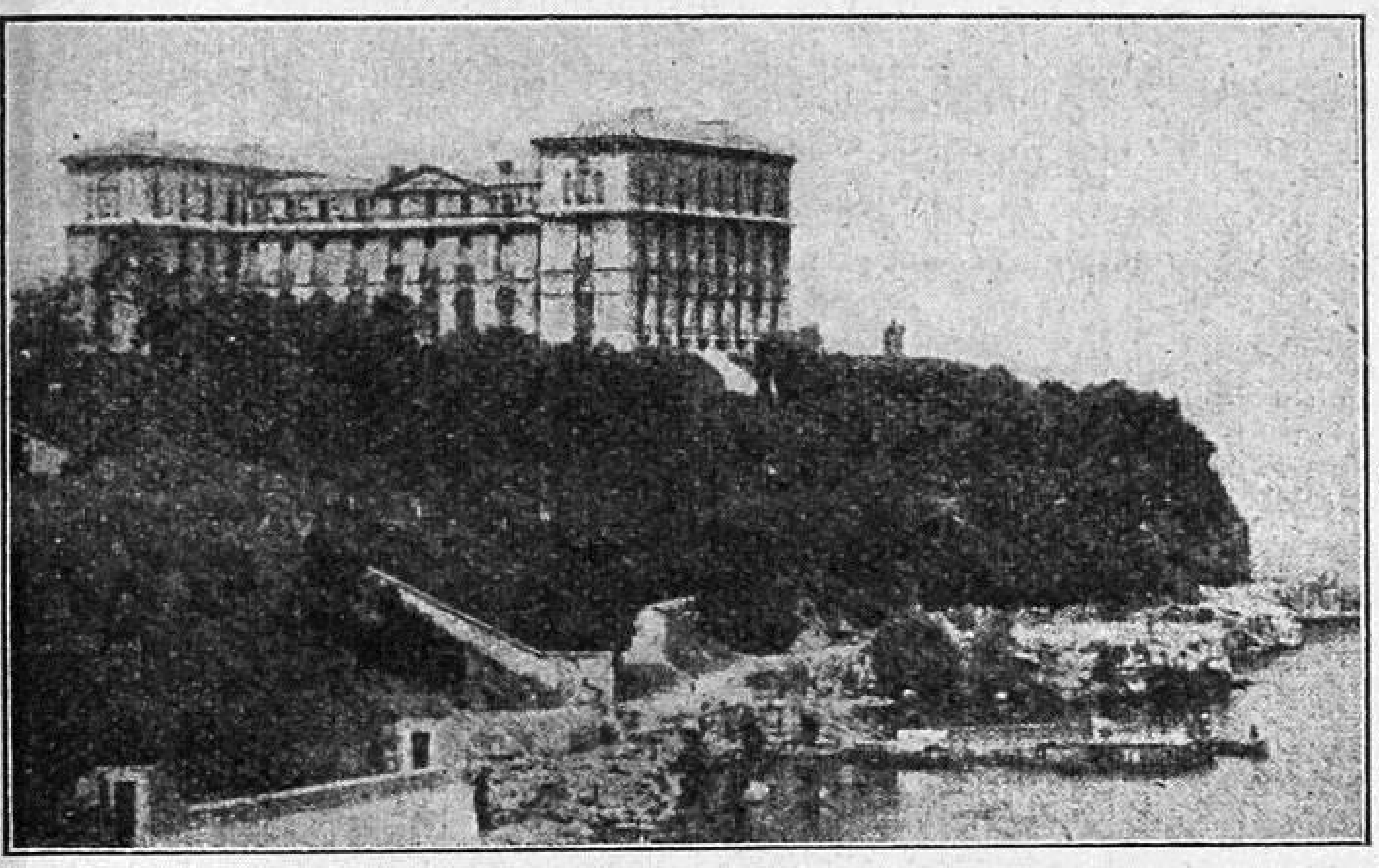
La Facoltà Medica.

La nuova « Facoltà di medicina generale e coloniale e di farmacia » di Marsiglia ha cominciato a funzionare col 1° maggio ed è ora in piena attività.

I crediti necessari sono stati forniti per intero dalla città di Marsiglia e dal dipartimento delle Bocche del Rodano; lo Stato non vi ha concorso in nulla o quasi: è il solo esempio, in Francia, di una situazione simile.

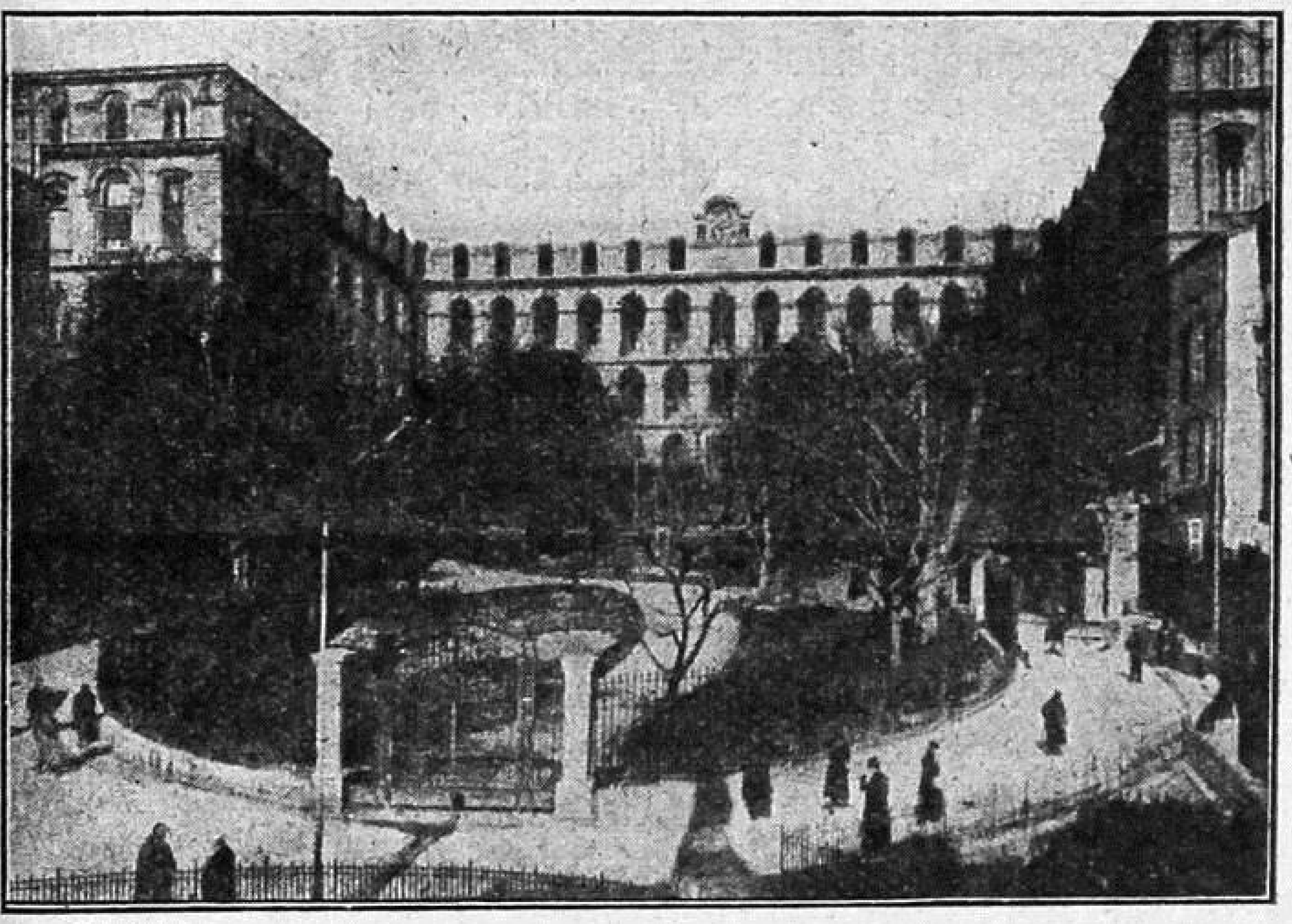
Gl'istituti e i servizi sono così numerosi, bene allogati e bene attrezzati, che manca solo un decreto e la nomina di un nuovo decano per scindere la Facoltà attuale in due altre: una di medicina e l'altra di farmacia.

Buona parte degli Istituti scientifici sono stati allogati nel grandioso castello del Pharó, fatto costruire dall'imperatrice Eugenia, la quale vi sog-



Château du Pharó

giornò solo pochi mesi. L'edifizio ospitava già alcuni laboratori di farmacia, che ora hanno sloggiato. È stato interamente rimesso a nuovo. Nel parco si è costruito un grande padiglione per gl'istituti di anatomia normale, di anatomia patologica e di medicina operatoria. Le cliniche hanno trovato posto nei due ospedali Hôtel Dieu e Conception, in attesa che si costruisca l'ospedale clinico. La Facoltà conta anche due inse-



Hôtel Dieu

gnamenti completi di medicina coloniale: una « Ecole de Médecine coloniale » per ufficiali, installata al Faro, e un « Institut de Médecine coloniale » per medici civili, che funziona da più anni. Il « château du Pharó » dà anche asilo ad una Scuola di educazione fisica. Un centro anticanceroso è stato istituito in un sobborgo: esso ha ottenuto un concorso dello Stato attraverso il Ministero dell'igiene. Altra istituzione è la Scuola dentaria. Infine, va menzionata la Scuola per infermiere.

La nuova Facoltà si presenta adunque come un tutto organico.

Riportiamo qui il magnifico « Château du Pharó » e l'ospedale Hôtel Dieu.

R. d. B.

NOTIZIE DIVERSE.

La Delegazione italiana ad Oslo per la Conferenza antitubercolare.

La delegazione ufficiale italiana che ha partecipato alla VII Conferenza Internazionale contro la Tubercolosi tenutasi in Oslo tra l'11 e il 15 corrente, fu così costituita:

On. prof. Raffaele Paolucci, vice presidente della Camera dei Deputati, presidente della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, capo della Delegazione; on. prof. Edoardo Maragliano, senatore del Regno, delegato del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Genova; on. prof. Eugenio Morelli, deputato al Parlamento, direttore dell'Istituto « Benito Mussolini », Clinica delle malattie tubercolari e respiratorie, delegato del Ministero della Educazione Nazionale e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali; prof. Arcangelo Ilvento, Ispettore generale medico presso la Direzione Generale della Sanità, delegato del Ministero dell'Interno, dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra e della Croce Rossa Italiana; prof. Federigo Bocchetti, capitano medico, direttore del Sanatorio Militare di Anzio, delegato del Ministero della Guerra e della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi; dott. Azeglio Filippini, dell'Ufficio Sanitario Centrale della Direzione del Ministero delle Comunicazioni; prof. Cesare Giannini, delegato della Cassa Nazionale per le Associazioni Sociali; prof. Roberto Alessandri, delegato dell'Istituto « Benito Mussolini », Clinica delle malattie tubercolari e respiratorie; prof. Luigi Duranti, delegato della Società Radiologica Italiana; dott. Mario Di Giacomo, delegato del Ministero delle Corporazioni; prof. Umberto Carpi, delegato del Comune di Milano.

Oltre ai componenti la Delegazione Ufficiale, circa 60 medici direttori di sanatori, clinici, igienisti italiani hanno preso parte alla Conferenza.

Per l'occasione la Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, d'intesa con la C. I. T., organizzò una serie di interessanti visite alle massime istituzioni antitubercolari di Berlino, Amburgo, Copenaghen, Amsterdam, Zurigo, Davos. Nelle dette città si costituirono comitati per la più degna accoglienza dei colleghi italiani.

La medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica al sen. Cremonesi.

È stata ultimamente notificata la concessione della medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica con la seguente lettera del Ministero dell'Interno:

« Con R. Decreto in data 18 luglio, Ella è stato insignito della medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica per l'opera complessa, efficace e vigorosamente riorganizzatrice esplicata nella sua qualità di Presidente Generale della Croce Rossa Italiana.

Nel dargliene partecipazione, Le esprimo il mio vivo compiacimento per l'alta distinzione onorifica che Le è stata conferita.

Il Sindacato Medico per i medici danneggiati dal terremoto del Vulture.

Il Sindacato Naz. Fascista dei Medici ha messo a disposizione dei Sindacati Medici delle Provincie di Avellino, Potenza, Benevento, maggiormente colpite dal terremoto del Vulture, una prima somma di L. 6000 in favore delle famiglie dei medici più gravemente danneggiate.

Il Congresso di neurologia a Lilla.

Si è chiuso a Lilla il Congresso di neurologia e psichiatria iniziatosi il 21 luglio. Il rappresentante italiano prof. Arturo Donaggio ha pronunziato un applaudito discorso nella seduta iniziale e ha destato vivo interesse nei congressisti riferendo i risultati delle sue ricerche sull'encefalite epidemica e sulle sue personali vedute in proposito.

Una Scuola di perfezionamento in Medicina del lavoro a Roma.

L'Università di Roma, in seguito a voto unanime della Facoltà medica, ha deliberato l'istituzione di una Scuola di perfezionamento in Medicina del lavoro, con lo scopo di perfezionare in questa disciplina i laureati in Medicina e Chirurgia e di conferire il diploma di specialista in Medicina del lavoro. Il corso ha la durata di un biennio; direttore della Scuola è il preside della Facoltà medica dell'Università di Roma.

La Scuola comincerà a funzionare col prossimo anno scolastico. Gli insegnamenti comprendono corsi di lezioni sopra le materie fondamentali della Medicina del lavoro e conferenze integrative da parte degli stessi direttori di cliniche e istituti della Facoltà medica, che così partecipa direttamente allo svolgimento dei corsi. La Direzione della Scuola si riserva di affidare alcune conferenze su argomenti di Medicina del lavoro anche a persone eminenti di altre Università. Le lezioni si svolgeranno nella sede del Policlinico del lavoro di Roma, fondazione dell'Unione industriale fascista del lavoro che ha messo a disposizione appositi locali per le lezioni, nonchè i suoi modernissimi gabinetti delle varie specializzazioni; in tal modo la Scuola potrà anche portare le sue osservazioni sperimentative sul numero di lavoratori che affluiscono al Policlinico del lavoro.

Conferenza di propaganda sulle opere assistenziali e sanitarie del Regime.

Il Sindacato Nazionale Fascista Medici ha diramato ai Segretari Provinciali la seguente circolare:

D'intesa con l'on. Di Giacomo, Presidente della Confederazione Naz. Sindacati Fascisti Professionisti e Artisti, è intenzione di questo Sindacato Nazionale di organizzare per la propaganda e istruzione popolare, delle conferenze illustrative sulle opere assistenziali e sanitarie del Regime che saranno tenute in tutte le città e sopratutto nei paesi rurali.

La prego di preparare, in accordo con il Comitato Provinciale dei S. F. P. A., l'organizzazione relativa e di farmi avere una nota dei vari medici che sono particolarmente indicati per esplicare quest'importante opera di propaganda.

Epidemie di poliomielite.

Infierisce attualmente in Alsazia un'epidemia di poliomielite, di cui il 29 luglio sono stati denunciati nove nuovi casi; si segnala anche qualche caso fra gli adulti. In totale, nella regione del Basso Reno si sono avuti finora 234 casi; nell'Alto Reno, l'epidemia sembra stazionaria.

Un'altra epidemia è segnalata in Finlandia, dove si sono anche avuti numerosi morti. In molti villaggi, le scuole sono state chiuse e trasformate in ospedali; l'epidemia si è venuta estendendo anche nella Svezia settentrionale.

La donazione di un milione di dollari per l'Istituto superiore di odontoiatria.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il decreto del 10 luglio col quale viene accettata la donazione di un milione di dollari fatta dal signor Giorgio Eastman per la costituzione in Roma di un Istituto superiore di odontoiatria con annessa una Scuola universitaria di perfezionamento per i laureati in medicina e chirurgia e una Scuola pratica di specializzazione in odontoiatria e igiene della bocca per assistenti sanitarie visitatrici. Col decreto medesimo tale Istituto viene eretto in ente morale e ne è approvato lo Statuto.

Plètora di medici anche in Francia.

Le recenti statistiche sindacali francesi mostrano come i ruoli della professione medica siano straordinariamente affollati, e ammoniscono i genitori francesi, a indirizzare i loro figli verso una altra professione se non vogliono creare loro uno stato di sicura povertà. Nella sola Parigi vi sono 5000 dottori e, dato che la città conta tre milioni e mezzo di abitanti, un medico a cui arrida un successo medio può contare soltanto su 700 clienti potenziali. La statistica fa un confronto tra la situazione attuale e quella del 1275, in cui non vi erano a Parigi più di sette o otto dottori, appoggiati a 30 o 40 farmacie: in quell'epoca la città aveva non più di 200.000 anime e un medico poteva contare su una clientela di 4000 malati. Si deve aggiungere però che in quel tempo, molte malattie oggi considerate gravi non preoccupavano gran che. Tutto questo però non toglie che oggi il numero dei medici sia eccessivo e che il disagio della nostra classe sia tale da impensierire realmente.

I coefficienti di natalità nei grandi centri italiani.

L'« Agenzia di Roma » dà alcune interessanti notizie sulle variazioni della natalità che si verificarono nelle più grandi città italiane, negli ultimi anni. Le notizie si riferiscono a due anni tipo — il 1925 e il 1929 — e sono ricavate dalle elaborazioni che viene compiendo l'Istituto centrale di Statistica.

Risulta, dunque, che a Napoli i nati vivi sono stati 23.249 nel 1925 (25.92 per mille abitanti) e 21.782 nel 1929 (22.46 per mille abitanti). A Milano rispettivamente, 12.716 (14,60) e 14.723 (15,45); a Roma 18.949 (25,14) e 21.092 (23,53); a Genova 8634 (14,98) e 9146 (14,80); a Torino 6507 (12,60) e 8380 (14,42); a Palermo 10.408 (25) e 10.196 (22,99); a Firenze 3980 (15,03) e 4424 (14.06); a Catania 6484 (24,47) e 6472 (23,08); a Trieste 4293 (17,86) e 3574 (14,34); a Venezia 5885 (24,07) e 5305 (20,64); a Bologna 3608 (16,04) e 3502 (14,46); a Messina 4781 (25,58) e 4601 (22,69); a Bari 5061 (40,36) e 5964 (37,32); a Livorno 2362 (19,53) e 2063 (16,20).

L'« Agenzia di Roma » osserva che queste cifre devòno essere meglio chiarite. Di esse, le più importanti per la illustrazione del fenomeno, sono quelle delle percentuali, perchè le cifre assolute possono indurre in errore, in quanto fra il 1925 e il 1929 sono avvenuti, per molte città, mutamenti, tali, nella estensione territoriale, da aumentare considerevolmente la massa della popolazione appartenente alla città e quindi le nascite, se anche queste siano proporzionalmente diminuite.

Dall'esame delle cifre proporzionali, risulta che:

1) vi è una grande differenza di natalità fra il Nord ed il Sud naturalmente, si trovano i massimi al Sud e i minimi al Nord;

2) v'è una tendenza a una più rapida decrescenza della natalità nel Sud, invece che nel Nord, dove la natalità, avendo raggiunto tassi relativamente bassi, mostra piuttosto una tendenza alla stasi e in qualche caso a una lieve ripresa, come a Milano e a Torino;

3) i livelli massimi di natalità si trovano attualmente a Bari, Taranto (27,79 per mille abitanti), Roma e Catania; i livelli minimi si trovano a Firenze, Trieste, Torino e Bologna.

L'annuario dei falsi medici di New York.

L'Ufficio d'igiene di Nuova York ha pubblicato un annuario che contiene i nomi di 25.000 sedicenti medici, i quali posseggono gabinetti di consultazione ma non hanno diplomi o ne sono forniti dei più fantastici. L'annuario in questione dà cenni relativi alla carriera di ognuno, alla specialità e alla natura dei rimedi di cui fa uso. Molti di questi ciarlatani ricorrono alle emissioni radiofoniche per procurarsi dei clienti.

Un rapporto ufficiale sui fatti di Lubecca.

Il Ministro dell'Interno della Germania ha pubblicato un rapporto sui fatti di Lubecca. Risulta da esso che le Autorità di Lubecca non avevano informato la Direzione centrale di Sanità, prima di usare il B. C. G., mentre sarebbe stato loro dovere di farlo, in quanto che la stessa Direzione aveva raccomandato delle riserve sull'applicazione del metodo.

Sarebbe inoltre stato dovere di provare l'innocuità delle subculture fatte dal ceppo originale di Calmette, prima di distribuirle per l'uso. Inoltre la sorveglianza ai bambini vaccinati è stata insufficiente.

Si deplora inoltre che il prof. Deycke abbia distrutto tutto il materiale, impedendo così ogni controllo e che, anche dopo che l'autopsia aveva confermato la causa di morte, si era lasciato il vaccino in mano alle levatrici.

Il numero dei morti è ora arrivato a 52; alcuni bambini che avevano avuto dei miglioramenti sono ora peggiorati e tutti i vaccinati rimarranno per parecchi anni sotto la minaccia della malattia.

Come è accolta in Francia la legge sulle assicurazioni.

Il partito comunista, in Francia ha iniziato un largo movimento contro la legge sulle assicurazioni, pretendendo che la quota di assicu-

razione sia pagata soltanto dal datore di lavoro. Trenta mila operai sarebbero in sciopero a Parigi e in varie località di provincia, per protestare contro questa legge. L'agitazione sarebbe particolarmente viva ad Armentières, dove sono in sciopero più di 10.000 addetti alle industrie tessili, e dove hanno luogo quasi quotidianamente incidenti violenti.

Nel Dipartimento di Lilla il movimento di sciopero prende pure estensione; tutte le officine metallurgiche della regione hanno dichiarato lo sciopero. Anche nelle officine di Rouen 2000 operai hanno abbandonato il lavoro.

Gli esperimenti sui malati.

Il Consiglio di Sanità della Germania ha fatto una deliberazione sugli esperimenti che si fanno sull'uomo. Ha riconosciuto che essi sono necessari per il progresso della scienza medica, ma che essi vanno fatti secondo l'etica medica. Sono anzitutto da evitarsi quelli che si possono fare bene ugualmente sugli animali e quelli sui moribondi, quando non abbiano lo scopo di tentare di salvarne la vita.

I nuovi rimedi attivi non vanno provati sull'uomo se non dopo l'esperimento sugli animali e col consentimento del paziente. Gli esperimenti in ospedale vanno fatti soltanto dal capo o sotto il suo controllo personale. Nelle pubblicazioni mediche, non si deve mai dimenticare il rispetto dovuto alla persona del paziente e, sotto tale riguardo, la responsabilità dei medici va fatta presente agli studiosi.

Un corso sull'educazione fisica e medicina sportiva.

È stato tenuto, ad iniziativa del Comune di Milano, e con frequenza obbligatoria, un interessante corso con le seguenti conferenze presso la Clinica del Lavoro:

1) Caratteri morfologici differenziali, dei fanciulli paramorfismi innati o acquistati e l'importanza dell'educazione fisica. Variazioni normali, subnormali e patologiche (prof. C. Cattaneo);

2) La respirazione e circolazione del bambino (prof. Carlo Foà);

3) L'alimentazione (prof. Cattaneo);

4) L'accrescimento somatico dell'età dei Balilla e le cause che lo influenzano (prof. Ferruccio Zibordi);

5) La coltura fisica dei Balilla e che cosa si debba intendere per esercizio fisico, riposo e strapazzo (dott. Roberto Bertanzi);

6) I vantaggi ed i pericoli che può presentare l'esercizio fisico; l'allenamento fisico ed i danni delle specializzazioni premature (prof. Giuseppe Aiello);

7) La coltura fisica intesa come igiene e l'igiene della coltura fisica; il bisogno del moto nei fanciulli e la necessità di ben regolarlo (dottor Giuseppe Belloni);

8) I giuochi e gli esercizi fisici all'aria libera, in palestra e nell'aula (dott. Castoldi).

Corso di perfezionamento sulle malattie del cuore e dei vasi.

Si terrà a Parigi, all'Ospedale Broussais dal 13 al 25 ottobre. Direttore ne è il prof. Ch. Laubry, col concorso di D. Routier, J. Walser, G. Marchal, L. Deglaude, A. Jaubert, A. Van Bogaert, R. Heim, De Balsac, J. Moussoir, J. Poumailloux, P. Thiroloix, Y. Mevel e Th. Brosse.

Prezzo d'iscrizione: 150 franchi. Indirizzarsi al Dr. Mevel, Ospedale Broussais, 96, rue Didot (14e), per il programma particolareggiato del corso, che comprende argomenti vivamente interessanti, di grande attualità.

Le vittime del caldo a New York.

L'ondata di caldo eccezionale, resa maggiormente fastidiosa dalla accentuata umidità dell'atmosfera, ha fatto nei quattro giorni di massima intensità circa 150 vittime. I casi di prostrazione seguiti da morte sono stati 55, e le rimanenti 95 vittime sono perite annegate perchè colte da congestione nella maggior parte dei casi mentre cercavano nelle acque dei fiumi e del mare un po' di refrigerio.

Un progetto di legge per le assicurazioni sociali nel Belgio.

È attualmente allo studio un progetto di legge per le assicurazioni sociali, che intende regolare il trattamento medico e la somministrazione dei medicamenti. Sarebbero obbligati all'assicurazione tutti quelli che hanno una rendita mensile corrispondente a circa 500 lire. Gli assicurati avrebbero la libera scelta dei medici e dei farmacisti inscritti, che hanno accettato le tariffe proposte.

La prevalenza della popolazione maschile in India.

Le recenti statistiche della Commissione Simon hanno assodato che, in India, il numero dei maschi eccede di 9 milioni quello delle femmine. Ciò sarebbe dovuto all'alta mortalità delle madri, dovuta alle abitudini di vita delle donne, che si sposano troppo precocemente e che, dalle consuetudini indù e maomettane sono costrette a rimanere segregate in case anguste e sudicie.

Il movimento nazionalista indiano ed i medici.

Il movimento nazionalista che si ha ora nelle Indie ha avuto i suoi riflessi anche nel campo medico. L'Inghilterra ha rifiutato il riconoscimento delle approvazioni dei medici indiani perchè le Università indiane hanno rifiutato la sorveglianza inglese sulle condizioni dell'insegnamento e degli esami.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. per le Sc. Med., mar. — G. SABATINI. Pneumoconiosi. — F. PENATI. Deformazione degli eritrociti.

Presse Méd., 9 apr. — A. SCHWARTZ e al. Trattamento delle parassitosi intestinali con benzometa-cresol.

Zbl. f. Chir., 12 apr. — S. FREY. Biologia della cicatrice. — H. PUHL. Epdidimite non specifica. — A. ZEITLIN. Morbo o deformità di Madelung?

Soc. des Chir., 21 feb. — PLANSON. Litiasi prostatica. — ROUSSEAU. Anomalie del rene. — *Id.*, 7 mar. BARBET e PASTEAU. Appendicite e salpingite destra aperte nella vescica. — VICTOR-PAUCHET e G. LUQUET. Diverticolo dell'ansa sigmoide. — CROISIER. Volvolo del colon pelvico.

Arch. Mal. du Coeur, mar. — G. ETIENNE. Miocarditi reumatiche acute essenziali.

Soc. d. Hôp., 28 mar. — J. TROISIER. Spirochetosi meningee d'origine fluviale. — J. COMBY. Stati meningei curabili nei fanciulli. — E. MAY e A. SOULAS. La broncoscopia nel trattam. degli ascessi polmon.

Arch. Méd.-Chir. App. respir., n. 6. — M. CROUZET e A. WIGLIOLLE. Riattivaz. dei gangli ilari nello scoppio della tbc. polm.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., gen.-feb. — DI MARZIO. Paralisi oculari consecutive alla rachianestesia ed alla rachicentesi. — SABBADINI. Meningiti sierose recidivanti.

Amer. Journ. Med. Sc., apr. — D. P. BARR e H. A. BULGER. Iperparatiroidismo. — H. M. CLUTE e D. H. DANIELS. Iperitiroidismo e gravidanza. — J. M. BATZ. Ittero emolitico congenito. — J. J. PRESSMAN. Assorbim. del glucosio pel retto.

Presse Méd., 2 apr. — E. TOULOUX e al. Encefalite psicosica acuta azotemica. — A. DIAS. Azotemia cloropenica.

Studium, 1 apr. — G. TEDESCHI. Patogenesi, classifica e cura delle nefriti.

Presse Méd., 16 apr. — J. NICOLAS e al. Le sifilidi novarseno-resistenti.

Münch. Med. Woch., 18 apr. — SCHLEYER. Trapianti di testicoli di scimmia all'uomo.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., mar. — K. H. KRABBE. Meningiti linfocitarie benigne.

Mediz. Welt, 19 apr. — O. THOMSON. Ulteriori divisioni dei gruppi sanguigni nell'uomo. — E. PLATE. Forma del dorso.

Med. Klinik, 17 apr. — O. NORDMANN. Il dolore di schiena in chirurgia. — NÜRUBERG. Aumento di trombosi e di embolie.

Pathologica, 15 apr. — G. SANGIORGI. Patogenicità della « Blastocystis hominis ». — L. MENCARELLI. Aneurisma congenito del setto membranaceo.

Brit. Med. Journ., 19 apr. — C. BOLTON. Medicina e chirurgia nel trattam. delle ulcere gastr. e duoden.

Med. Herald a. Physic. Therapist, apr. — C. C. SUYDER. Stitichezza e defecazione.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

PERIODICI EDITI DALLA NOSTRA CASA

Sommari dei Numeri pubblicati nel mese di Agosto 1930:

"IL POLICLINICO,,

SEZIONE MEDICA (mensile)

diretta dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il Numero 8 (1° Agosto 1930) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - A. POZZI: La reazione di Henry nella malaria.
II. - A. ALLODI e G. PALOMBA: Valore clinico della ricerca delle lipasi atoxil e chinino-resistenti, e studi delle stesse sotto determinate condizioni.
III. - A. FABRIS: Edema polmonare acuto da chinino in soggetto intollerante.
IV. - M. FABERI: Osservazione clinica e considerazioni sopra un nuovo caso di morbo di Still.

Abbonamento annuo alla Sezione Medica, per l'Italia L. **45.** — Per l'estero L. **55.**
Un numero separato: L. **6.**

SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il Numero 8 (15 Agosto 1930) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - O. BARTOLI: L'influenza del sistema nervoso sull'attecchimento degl'innesti omoplastici di tessuto muscolare striato.
II. - V. JURA: Il glutatione nei tumori umani.
III. - G. MAZZACUVA: Contributo clinico allo studio delle perigastro-duodeniti da colecistite.
IV. - A. ZAGAMI: Sulle esostosi osteogenetiche multiple.

Abbonamento annuo alla Sezione Chirurgica, per l'Italia L. **45.** — Per l'estero L. **55.**
Un numero separato: L. **6.**

I non abbonati alle suddette Sezioni potranno ottenere subito l'uno o l'altro numero inviando relativo Vaglia all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14, ROMA.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 8 (Agosto 1930) contiene:

Lavori originali: G. ADDESSI: Sulla diagnosi biologica di gravidanza col metodo di Aschheim-Zondek.
Fatti e documenti: L. MOLINENGO: Endometrioma della regione crurale. — M. ORRU': Fibroangioma peduncolato del grande labbro.
La rubrica degli errori: F. VOZZA: Errore di diagnosi in tema di gravidanza extrauterina.
La rubrica medico-legale: M. MASSAZZA: Rottura traumatica dell'utero complicata da lesioni intestinali seguita a parto operativo successivamente tentato da vari operatori.
Medicina sociale: P. GAIFAMI: Le provvidenze del Regime per la tutela della maternità.
Note di tecnica: C. PAMPANINI: Della scelta del metodo operativo nella retroversione dell'utero.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Sulla forma e sulla crescita della testa dei feti umani. — Mortalità nelle cardiopatie complicanti gravidanza. — Note su 300 casi di tubercolosi polmonare in gravidanza. — **Ginecologia**: La radium-terapia in ginecologia. — Trattamento del dolore nel cancro inoperabile dell'utero. — Lo streptococco nelle cistiti. — Le piurie asettiche. — Particolare formazione di un calcolo nelle vie urinarie. — **Pediatria**: Ittiosi fetale e distiroidismo. — Il ferro nel latte della donna, suo dosaggio e sue variazioni. — La rifrazione oculare nei primi anni di vita.
I libri.
Servizi igienico-sanitari: Le nuove istruzioni per l'esercizio professionale delle levatrici.
Varietà.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40;** Estero L. **60.**
Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36;** Estero L. **50.** Un numero separato L. **6.**

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il Numero 8 (Agosto 1930) contiene:

Lavori originali: I. - P. TREMONTI: Nota IV. - Azione di farmaci singoli e associati sui vasi e sul cuore in animali omeotermi. — II. - G. DAGNINI: Anomalie di numero delle valvole polmonari.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Fisiopatologia**: H. KALIEBE: Disturbi di sviluppo del cuore. — **Anatomia patologica**: BACALOGLU: L'aneurisma parietale del cuore. — DUMAS BERNAY et BOUCOMONT: Grosso infarto del miocardio con abbassamento della pressione in un iperteso. Focolai emorragici cerebrali multipli. — **Clinica**: H. ROSSLER: Contributo allo studio dei vizi congeniti di cuore. Sulla destrocardia congenita, isolata. — L. CONNER: Il fattore psichico nei disturbi cardiaci. — B. C. FORESTI: La diagnosi delle bradicardie. — V. CHINI e A. GUSSO: Indagini cliniche sul così detto «cuore da fibroma».

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40;** Estero L. **60.**
Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36;** Estero L. **50.** Un numero separato L. **6.**

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 8 (Agosto 1930) contiene:

Raccolta di fatti: I. - G. BILANCIONI: Sinusite colesteatomatosa etmoido-mascellare. — II. - E. BORGHESAN: Produzione polipoide recidivante della mucosa etmoidale in acromegalico.

Osservazioni di clinica: I. - G. SCALORI: Recidiva malarica in seguito ad operazione per sinusite frontale. — II. - B. RICCI: Un caso d'inclusione del canino superiore di sinistra con susseguente sinusite mascellare. — III. - A. RAFFONE: Piosinusite fronto-etmoido-mascellare. Complicanze.

Affinità e analogie: V. TANTURRI: Alterazioni morfologiche e patologiche dell'ozena nasale e disturbi oculari.

Note di tecnica clinica: Y. ARSLAN: Sulla cura delle stenosi croniche della laringe.

Recensioni: Parotide epidemica. Tentativi di riproduzione sperimentale negli animali e ricerche sulla secrezione salivare. — Contributo all'anatomia patologica della parotite epidemica. — Contributo allo studio sull'eziologia della parotite epidemica. — Un caso di calcolosi del dotto di Wharton. — Contributo allo studio della ptialolitiasi bilaterale del dotto di Wharton. — Aspetti radiografici dei processi osteomielitici della mandibola. — Sopra alcuni casi di fistole del mento. — Stenosi totale congenita dell'esofago. — Reazione chimica della saliva d'individui sani e d'individui affetti da carie. — Nuova modalità riflessa simpatico-vagale viscerale: il riflesso stomaco cardiaco. — Osservazioni cliniche e sperimentali su di un singolare caso di rino-faringo-scleroma. — Aneurisma traumatico della carotide primitiva. — Sui tumori benigni delle tonsille. — Sul linfosarcoma della gengiva.

La nota storica: G. BILANCIONI: Alcune mostruosità che interessano il laringologo, descritte da Giovanni Bianchi (Jano Planco).

Notizie e questioni.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40;** Estero L. **60.**
Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36;** Estero L. **50.** Un numero separato L. **6.**

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia all'editore LUIGI POZZI - Ufficio Postale succursale diciotto - ROMA

ANNO XXXVII Roma, 25 Agosto 1930 Num. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Cagliari.

Per la cura dell'ernia inguinale.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

« Che cosa di nuovo avrà mai da dire? » mi domando ogniqualvolta leggo titoli riguardanti l'ernia inguinale.

Perciò dichiaro subito ch'io non intendo di dire proprio nulla di nuovo; anzi: che scrivo invece per richiamare l'attenzione di chi legga, sull'opportunità di famigliarizzarsi, in questo argomento, con le conquiste del passato e abbandonare l'elucubrazione di novità: ricordando che Bassini ha ideato e disciplinato un'operazione la quale non può essere modificata finchè non si modifichino anatomia e fisiologia.

È vero che le deroghe dalla Bassini inguinale sono tutte di dettaglio e non mutano sostanzialmente il concetto dell'operazione. Ma è anche vero che: assottiglia da una parte, rinforza da un'altra, con tessuti che non rispondono ai requisiti opportuni; dà un punto di meno in qua, un altro in là; sutura dove capita, invece che dove si deve; il metodo finisce col non conservare che il nome, profanato; e la nuova tecnica che lo sostituisce, potrà ben soddisfare l'ambizione del nuovo autore, ma storpia l'operazione: e, se anche risponde alle esigenze della cura nel caso particolare, compromette la cura medesima nella generalità dei casi.

È per ciò che si arriva poi a leggere espressioni di questo genere:

> La cura operatoria delle ernie inguinali, spesso non ha di radicale che il nome che le si vuol dare: le recidive, numerose, implicano cause molteplici. All'infuori di certi malati la cui operazione non è stata condotta in modo corretto (in particolare, sacco non resecato), ce ne sono altri nei quali l'ernia è recidivata, sia in seguito all'impiego d'un cattivo processo operatorio, sia perchè si trattava di individui a muscolatura deficiente, nei quali l'insuccesso era probabile e che si avrebbe fatto meglio a non operare.
>
> Dopo tali insuccessi che cosa si deve fare? Si deve rifiutare a questi malati la ripetizione dell'operazione? Si devono rioperare, come lo sono stati già (supponendo che il primo intervento

sia stato corretto) offrendo loro altrettante probabilità di recidiva di quelle che hanno già corso?

Noi pensiamo che ci sia di meglio da fare e che, se non si può confidare legittimamente ai loro muscoli addominali il compito di ricostituire una parete solida, è possibile di farlo, con poco costo, grazie a un trapianto prelevato nelle vicinanze. (Huet et Blondin: *Sur un procédé myoplastique employant le muscle couturier, dans le traitement de certaines hernies inguinales.* Journal de Chirurgie, XXXV, n. 1, gennaio 1930).

Ora, io non intendo di polemizzare coi due colleghi francesi per difendere il prestigio di un'operazione italiana (alla quale però, essi, non che la nazionalità, hanno taciuto anche il nome mondiale dell'autore): dovrei prima chiamare in causa gli AA. italiani che hanno sentito egualmente il bisogno di aggiungere alla Bassini la loro tecnica complementare.

Io mi permetto di pubblicare queste poche righe, soltanto per i giovani che ancora non sanno e desiderano sapere. Chi cresce, forma la sua istruzione sulla dottrina della giornata. Le conoscenze andranno poi estendendosi e radicandosi con l'acquisto di cognizioni anche più lontane nel tempo e con l'aiuto dell'esperienza personale. Ma, da principio si ascolta e si legge, cioè si impara, ciò che vien detto e scritto al momento. Per questo sento il dovere di opporre all'esperienza di chi scrive come ho riportato dianzi, l'esperienza mia, la quale, in materia di ernie inguinali, vorrebbe concludere invece a questo modo: la cura operativa dell'ernia inguinale — alla Bassini — è essenzialmente e abitualmente radicale. Se tale non riesce, si è perchè l'operazione non viene eseguita a dovere.

Questo « a dovere » si può intendere con tutte le personali impronte che ciascun chirurgo dia al suo modo di operare; ma non può prescindere mai da quei precetti che Bassini poneva a fondamento della sua plastica. E fra tali precetti, due vorrei richiamare, più degli altri importanti.

Primo. — La parete posteriore del canale inguinale deve essere ricostruita a spese di tutto il tessuto muscolare e deve estendersi all'intero tratto compreso fra il nuovo anello inguinale interno e la spina del pube. Per assicurare resistenza alla parete posteriore anche nella sua parte mediale, Bassini comprendeva nei primi punti, dal pube all'esterno, il muscolo retto dell'addome. Ora, in soggetti che abbiano i muscoli larghi dell'addome flaccidi od atrofici, il retto può essere abbassato per lungo tratto, verso l'anello interno; anzi: quanto più i primi difettano, tanto più il secondo è facilmente raggiungibile e mobilizzabile. Sfruttato il muscolo retto fin dove è possibile, si giunge poi sempre ad utilizzare lateralmente quel tanto di trasverso e piccolo obliquo che può agire realmente da strato contentivo contrattile. In tal modo, tutta la nuova parete posteriore del canale inguinale viene formata da tessuto muscolare, mentre così non sarebbe se ci si limitasse ad abbassare il tendine congiunto e le poche fibre muscolari residue che gli fanno seguito. E non è superfluo ricordare a questo proposito che le recidive si formano di solito nella parte mediale della regione.

Secondo punto dell'argomento, non meno del primo fondamentale.

Bassini faceva le sue suture in seta. Molti, anzi i più, invece della seta usano abitualmente il catgut anche per le ernie. Il catgut espone facilmente a recidive dell'ernia. Ne ho avuto la dimostrazione pratica personale e mi spiego il fatto a questo modo. Il catgut, non solo lascia sciogliere facilmente i nodi, anche quando siano eseguiti correttamente; ma, pure resistendo nel nodo, va poi incontro a riassorbimento. Il quale avverrà in epoca più o meno lontana, magari di un mese e più, ma finisce con l'abbandonare la cicatrice di adesione, alla sola sua resistenza intrinseca. Ed io credo che il fatto di essere essa una cicatrice di adesione, anzichè di riparazione, non sia indifferente ai riguardi della resistenza. Il connettivo che si neoforma tra un muscolo ed un'aponevrosi messi a mutuo contatto, non può avere, coi due tessuti, quella intimità di continuazione che si stabilisce invece fra due margini di ferita e la cicatrice che li unisce.

Ricordo a questo proposito la recidiva di un'ernia inguinale che non era stata operata precedentemente da me. La recidiva avvenne in seguito a sforzo, diversi anni dopo l'operazione. Al nuovo intervento trovai un vero e proprio distacco in toto dello strato muscolare dall'arcata. Ricordo un altro caso, operato da me anche la prima volta, nel quale la recidiva intervenne alcuni mesi dopo l'operazione. Quando rioperai, trovai muscoli ed arcata distaccati e preparati quasi come se non fossero stati nemmeno posti a mutuo contatto. Ignoro se il primo caso fosse stato suturato con catgut. Con catgut era stato suturato il mio: ma non lo avevo trattato per il resto in modo diverso da come lo trattai poi servendomi della seta e curandolo così radicalmente.

Anche non avvenendo il distacco, un connettivo di nuova formazione, abbandonato alla sola sua resistenza intrinseca, senza rinforzi passivi, in una regione del corpo che

deve sopportare tensioni abituali, va incontro a graduale distensione, che permette ai muscoli di allontanarsi e che può finire col lasciare soltanto tessuto inerte dove credevamo invece di avere assicurato la resistenza attiva del tessuto muscolare.

Si è perciò che già da tempo io ho abbandonato definitivamente, nella sutura posteriore per l'ernia inguinale, il catgut e adopero soltanto seta. Uso ancora il catgut, per esempio, nelle suture della linea alba (specialmente sopraombelicale) ma per l'ernia, no. E usando la seta, intendo di mantenere fra i tessuti una resistenza fisica in aggiunta alla loro resistenza fisiologica.

Ho potuto constatare che altri chirurgi hanno preso la stessa determinazione, col medesimo preciso obiettivo di ovviare a recidive. Penso che altri ancora, la cui attenzione si fermi su questo argomento, faranno lo stesso in seguito. Sono intimamente persuaso che se tutti coloro che seguono per il resto le direttive di Bassini, usassero nel piano posteriore la seta invece del catgut, le recidive da essi lamentate diventerebbero veramente eccezionali.

Ora, siccome ciò non costituisce nulla di diverso da quanto ha praticato e consigliato l'ideatore del metodo, concludo ripetendo: facciamo prima fedelmente quello che ha insegnato Bassini; dopo, si potrà giudicare la radicalità o meno della cura dell'ernia inguinale: prima, no.

A conforto dell'utilità di seguire pedestremente l'esperienza di Bassini, giova poi pensare che l'operazione d'ernia, di qualunque ernia si tratti, è un'operazione *plastica*: che *costruisce ex novo*, non, che *ricostruisce*. Si dedichi dunque a queste operazioni, l'attenzione che meritano invece di considerarle con troppa disinvoltura. La facilità loro consiste tutta e solamente nella loro tipicità. Ragione di più per non allontanarsi dal metodo classico.

RIASSUNTO.

Prendendo argomento da una proposta di mioplastica col muscolo sartorio per il trattamento di certe ernie inguinali, l'A. afferma che la Bassini è operazione abitualmente radicale, se eseguita secondo i precetti del metodo originario, e ricorda fra questi l'opportunità di comprendere il retto dell'addome nel piano posteriore e di eseguire la sutura di questo piano in seta.

Contributo alla cura di certe ernie inguinali mediante la mioplastica col muscolo sartorio

Prof. Dott. GUIDO BECCHERLE

Direttore dell'Ospedale Civile di Castiglione delle Stiviere. — Lib. Docente di Pat. chir. nella R. Università di Firenze.

Si è tanto scritto e discusso sul modo migliore per eseguire l'operazione per la cura dell'ernia inguinale, senza in fondo, arrivare a modificare i concetti che stanno alla base dell'operazione indicata dal Bassini.

Eppure vi sono delle ernie inguinali, nelle quali, si impone una modifica radicale alla tipica operazione del Bassini e che sono state piuttosto trascurate dagli erniologi.

Sono quelle nelle quali, per la scarsezza del tessuto muscolare del piccolo obliquo e del trasverso, in parte per fatto congenito, ma più, e talvolta solo per atrofia da pressione, o da fatti infiammatori, non è possibile rifare un conveniente piano profondo, che dia garanzia di duratura resistenza.

Si tratta per lo più di ernie recidive e più volte recidive che presentano quale substrato patogenetico o l'atrofia congenita dei due muscoli al loro margine inferiore, o l'atrofia e la sclerosi da sepsi, conseguente all'operazione.

Talora si tratta invece di ernie molto voluminose ad ampia porta, nelle quali i due muscoli per la pressione sono molto atrofici.

In questi casi non è a volte possibile portare e mantenere con una sutura i detti muscoli in rapporto col legamento inguinale: oppure, se anche ciò si può ottenere, è sottoponendo i muscoli a tale pressione, da risultarne compromessa la resistenza.

Avendo avuto occasione di operare due casi di voluminosa ernia inguinale recidiva, ed essendomi trovato nelle condizioni di non potervi fare, coi tessuti a disposizione, un buon piano profondo, ho ricorso ad una plastica muscolare, che mi ha permesso di ottenere un buon risultato duraturo.

Ho seguito in questo il criterio, or non è molto espresso, ed ampiamente illustrato dal Comolli, di fare una plastica col muscolo sartorio. Ne ho anche seguita la tecnica che espongo nella descrizione dei casi che più oltre riferisco, e che credo interessanti, perchè essi mi dànno modo di discutere alcune questioni di tecnica, e di insistere sulla bontà è sulla convenienza del modo di procedere adottato. Questo a mio parere dovrebbe entrare nella pratica comune, mentre invece ancora

non pochi chirurghi o sconsigliano l'atto operativo o si limitano ad eseguire la comune operazione per l'ernia inguinale col risultato di una recidiva sicura.

Ecco brevemente le storie cliniche dei due operati colla plastica del muscolo sartorio.

CASO I. — P. Maddalena fu Angelo, d'anni 64, nata a Pontevico. Entra il 23 settembre 1929, esce il 21 ottobre 1929.

La p. fu operata circa 4 anni prima per ernia inguinale sinistra strozzata che recidivò quasi subito. Due anni dopo in seguito a nuovi fatti di strozzamento erniario, fu sottoposta a nuovo atto operativo, il quale però, se dette ottimo risultato subito, non tardò a rivelare che purtroppo la bozza erniaria cominciava a ricomparire e anche a dare qualche dolore. Stanca e sfiduciata dai precedenti interventi la p. si era abituata a tenere un cuscinetto di cotone e garza nella regione inguinale e poteva alla meglio così attendere alle normali occupazioni. Negli ultimi tempi però, la contenzione dell'ernia era diventata sempre più difficile e la sintomatologia dolorosa sempre più grave, talchè la p. era costretta a tenere quasi sempre il letto. Lo stato generale di nutrizione e sanguificazione era discreto. Nulla di patologico era rivelabile all'esame dei visceri toracici. L'esame dell'orina era negativo. L'ernia presentava il volume e la forma di una grossa mela occupante la regione inguinale e aumentante naturalmente sotto i colpi di tosse in posizione eretta scendente in parte nella regione crurale. La pelle era quasi atrofica, le masse muscolari flaccide.

Il 26 settembre 1929 viene sottoposta ad atto operativo. Narcosi eterea. Incisione elittica con asse maggiore diretto dall'alto in basso e dalla regione laterale alla mediale. Si asporta la vecchia cicatrice ed un sottile strato connettivale. s'isola il sacco che si asporta previa resezione di omento aderente al sacco stesso. Si mettono a nodo i margini del piccolo obliquo e del trasverso, le cui fibre muscolari sono atrofiche, l'aponeurosi del grande obliquo specie in basso è quasi distrutta. Si pratica altra incisione che partendo dall'estremo della prima si porta in basso, lungo il decorso del sartorio, fino a permettere di scoprirne il terzo prossimale.

Si incide longitudinalmente la guaina del muscolo, si scola questo profondamente, andando dall'esterno verso l'interno, e risparmiando il margine mediale dello stesso. Si evita così di lederne i rami nervosi, che dal nervo crurale arrivano al margine mediale del muscolo, e si distribuiscono alla faccia profonda. Lo scollamento viene fatto fino alla distanza di alcuni centimetri dalla spina iliaca anteriore superiore.

Si seziona trasversalmente il muscolo all'altezza voluta (*è bene prendere molto muscolo, per non sottoporre poi le fibre dello stesso ad eccessivo stiramento*); si flette, e si torce il lembo muscolare che così risulta, e lo si porta sulla breccia da colmare, in modo che la faccia posteriore del lembo venga a corrispondere profondamente, e la faccia posteriore, superficialmente. La fissazione avviene con alcuni punti di catgut al muscolo retto anteriore dell'addome, al piccolo obliquo, al trasverso, ed al legamento inguinale. Si sutura la guaina del sartorio e la cute, applicando adatti drenaggi tubulari. Questa precauzione si rende necessaria, specie, e come nel mio caso, quando la recidiva dell'ernia è dovuta al decorso non ascettico dell'atto operativo precedente.

Decorso operatorio normale; ho tolto i drenaggi dopo 4 giorni — al settimo giorno ho tolto i punti — il lembo muscolare si mantiene in buone condizioni: esso infatti si contrae quando la p. fa agire il muscolo — nessun inconveniente dal lato della funzione per la mancanza del sartorio. La p. si alza dopo tre settimane localmente guarita — cammina bene, non ha più dolori — la parete addominale è solida, e il lembo muscolare si contrae bene.

Ho rivisto periodicamente la p. ed ho potuto constatare che la plastica con il m. sartorio è riuscita perfettamente a dare solidità alla parete addominale; la p. attualmente attende senza noie, senza dolori e senza fasciature alle sue normali occupazioni.

CASO II. — B. Giovanni, d'anni 35, ferroviere di Marradi. È stato operato nel 1919 per ernia inguinale sinistra che recidivò quasi subito.

Presenta nella regione inguinale sinistra ernia del volume di un uovo di piccione e viene da me rioperato nell'aprile 1925 eseguendo la plastica con arrovesciamento del sartorio col metodo sopra descritto. Il p. fu dimesso dopo 24 giorni guarito con parete ben solida e lembo plastico che si contrae bene. Ha ripreso quasi subito il faticoso lavoro di ferroviere e rivisto anche recentemente ho potuto constatare che le condizioni della parete addominale e dell'atto sono perfette.

Già prima del Comolli qualche altro chirurgo era ricorso al muscolo sartorio in casi simili, e a quanto sembra, con buoni risultati.

Ma è a Lui che si deve uno studio completo della questione. Riconosciuta l'importanza del fatto che, perchè un lembo plastico muscolare si mantenga deve essere rispettata *la innervazione*, Egli ha accuratamente studiata la innervazione del sartorio, ed ha indicata, la tecnica operatoria adatta, ad evitare lesioni, o stiramenti dei nervi, e a fissare il lembo plastico in rapporto con la parete addominale.

A questo proposito voglio richiamare l'attenzione su quanto hanno testè comunicato Huet e Blondin sull'argomento.

Questi autori nei casi da loro operati hanno eseguito la comune operazione per l'ernia inguinale secondo il metodo del Postempsky, e ciò fatto, hanno applicato e fissato il lembo plastico al davanti del cordone spermatico, decorrente nel sottocutaneo, adagiato sull'aponevrosi del grande obliquo ricostituito. Ne segue con tale tecnica, che il cordone spermatico, viene ad uscire di sotto al lembo in corrispondenza del suo estremo mediale, cioè presso il pube, tenendo così sollevato il lembo stesso nel punto più delicato, dove la resi-

stenza della parete addominale è meno accentuata.

Il Comolli invece non si preoccupa tanto di ricostituire una parete addominale secondo il concetto del Bassini o sua modificazione. Ciò del resto, non è spesso possibile, poichè tutti i tessuti della parete interna ed inferiore della regione inguino-addominale sono molte volte nelle ernie recidive trasformate in una lama connettivale unica.

Egli chiude invece la breccia con una sutura e al davanti di tutta la parte debole fissa il lembo plastico, al quale solo è affidata la resistenza duratura della parte: fa bensì uscire il cordone spermatico alla Postempsky in corrispondenza dell'orificio profondo del canale inguinale, ma lo fa decorrere superficialmente al lembo plastico. La parte inferiore interna della regione dove maggiormente si fa sentire l'influenza della pressione addominale, rimane così ben protetta dal lembo muscolare che è fissato col suo estremo al margine del retto addominale e alla guaina aponeurotica di questo.

Per ovvie ragioni credo pure preferibile alla incisione unica a V rovesciato dei due autori francesi le due incisioni staccate indicate dal Comolli, una sulla regione inguino-addominale, l'altra sulla inguino-crurale a cui si aggiunge la tunnellizzazione sottocutanea fra le due incisioni che permette di passare il lembo di sartorio arrovesciato in alto, dalla sede sua crurale alla nuova addominale.

Questi che ho riferiti sono i dati miei e quelli di altri sull'uso del muscolo sartorio a scopo di plastica per riparare a perdite di sostanza dello strato muscolo-aponeurotico di certe parti della parete addominale. Essa offre a questo scopo un mezzo *semplice, pratico, sicuro e duraturo* in quelle ernie, inguinali, nelle quali, lo stato della parete muscolo aponeurotica, non offre garanzie sufficienti, come in quelle voluminose ad ampia porta, come in quelle recidive. I risultati, utilizzando il muscolo sartorio per le plastiche della parete addominale appaiono dunque ottime, ed io penso che un tale metodo sia destinato ad avere larga applicazione nella pratica.

RIASSUNTO.

L'A. in base ai dati pratici operatori propri — propone che per le ernie recidive e quelle ad ampia porta — si faccia uso della mioplastica con il m. Sartorio, ampiamente e dettagliatamente studiata, dal Comolli.

LAVORI CITATI.

Comolli. *Processo di plastica muscolare per ernie inguinali recidive o voluminose.* Comunicazione all'Acc. Med.-Fisica Fiorentina, 26 giugno 1924; Lo sperimentale, a. LXXVIII, fasc. IV e V, 1924.

Id. *La plastica col muscolo sartorio in un caso di ernia postlaparotomica ed un altro di ernia della linea semilunare dello Spiegel strozzata.* Ibid.; Lo Sperimentale, a. LXXX, fasc. I-II, 1926.

Id. *La innervazione del muscolo sartorio.* Arch. Ital. Anatomia e di Embriologia, vol. XXIII, fasc. I. Firenze, 1926.

Id. *La mioplastica col sartorio secondo la mia tecnica per la cura radicale delle ernie inguinali recidive ed in genere dei vasti difetti muscolo-aponeuritici della parete addominale.* Archivio Ital. di Chirurgia, vol. XXI, fasc. 20, 1928.

Huet P. et Blondin S. *Sur un procédé myoplastique employant le muscle couturier, dans le traitement de certaines hernies inguinales.* Journal de Chirurgie, t. XXXV, n. 1, 1930.

Ospedale Civile di Mantova - Reparto Chirurgia generale.

Direttore primario: D. Mambrini.

Su un caso di infiammazione di sacco erniario vuoto.

Dott. F. Magnani, aiuto.

Lo studio degli accidenti erniari rimonta alle più lontane origini della scienza medica, ed oggi, lungi dall'essere esaurito, rimane ancora argomento di attualità per acquistarne una conoscenza più esatta in tutti i punti. Fra questi accidenti l'infiammazione erniaria è un capitolo vasto e importante, ed è stato campo per gli studiosi di osservazioni profonde e di ricerche diligenti sia per l'eziologia, che per la terapia.

L'infiammazione di sacchi erniari senza la presenza di visceri, che forma l'argomento di questa mia nota, è stata presa in considerazione da Chassaignac nel 1855 in una pubblicazione che contemplava 20 casi di sacchi erniari infiammati, fra i quali alcuni senza visceri, ma ripieni di liquido sieroso, sanguigno o purulento. Poco dopo Danzel raccolse solo i casi di sacchi erniari vuoti per stabilire che la infiammazione di essi può produrre sintomi analoghi a quello dello strozzamento, facendo nello stesso tempo notare come la diagnosi differenziale dell'ernia strozzata e dell'ernia semplicemente infiammata riesca difficilissima.

Le difficoltà diagnostiche spesse volte non sono tali solo in riguardo agli accidenti ernia-

ri, ma anche in riguardo ad altre affezioni che hanno la stessa sede anatomica: la regione crurale presenta queste insidie con alcune affezioni a carattere acuto, quali l'ernia crurale strozzata, l'infiammazione erniaria, la tumefazione acuta del ganglio di Cloquet.

Riferisco in breve il caso:

Z. E., di anni 56, casalinga, da Rovigo. Entra in Ospedale il giorno 8 maggio 1929; viene inviata d'urgenza per ernia crurale sinistra strozzata. La p. riferisce di non essere mai stata ammalata; non s'è mai accorta di essere un'erniosa. Circa otto giorni prima del ricovero in ospedale aveva notato al piede sinistro una ragade guarita in breve tempo. Quattro giorni prima dell'ingresso cominciò ad accusare alla radice della coscia sinistra un dolore non molto intenso e nello stesso tempo notò la comparsa nella detta regione di una tumescenza che aumentò gradatamente di volume; la cute si era arrossata leggermente; col riposo della notte la tumefazione diminuiva di volume e il dolore si attenuava. Non ebbe mai vomito nè nausea. L'alvo stitico di norma, non risultava chiuso a feci e gas.

All'esame obbiettivo si nota trattarsi di donna di buona costituzione fisica in condizioni di nutrizione discrete, un po' sofferente nell'aspetto. Null'altro da rilevare all'esame generale. Addome leggermente globoso, non meteorico, a pareti flaccide, ben trattabile in ogni punto. La regione inguino-crurale sinistra è sede di una tumescenza diffusa, la cute leggermente arrossata ed edematosa, e al termotatto la temperatura superiore alla norma. Modica elevazione febbrile: 37°.3. Con la palpazione si può rilevare una tumefazione rotondeggiante del volume di una grossa noce avellana; è dolente su tutta la sua superficie, è mobile, irriducibile, fluttuante e non si percepisce peduncolo. Sotto tosse non aumenta di volume ed il dito che esplora non riceve impulso. Nulla da rilevare all'arto inferiore sinistro; al piede sinistro, in corrispondenza della prima falange dell'alluce dal lato plantare, la ragade ricordata nell'anamnesi è completamente guarita. Dalle notizie anamnestiche e dall'esame obbiettivo non era facile pronunciarsi su una diagnosi esatta; si era pensato ad un'adenite semplice, ma i caratteri della tumescenza e la sede facevano sorgere il dubbio che si trattasse di un'ernia contenente un lembo di omento in preda a processo infiammatorio o strozzato; che si trattasse di un'ernia strozzata interessante un'ansa intestinale; si credeva poterlo escludere dal complesso dei sintomi che datavano da vari giorni. Nell'incertezza si decise l'intervento d'urgenza.

Operazione: 8 maggio 1929, ore 16. Narcosi morfio-eterea regolare. Operatore: primario Mambrini.

Incisione sulla tumescenza concava in alto. La cute ed il connettivo sottocutaneo sono infiltrati, edematosi.

Giunti sulla tumescenza, questa viene isolata e si nota che si fa strada attraverso l'anello crurale e che si tratta di ernia. Isolato bene il tumore erniario dalle lasse aderenze coi tessuti vicini, si nota che ha il volume di una piccola noce, è turgido ripieno di liquido; non si riscontra alcuno strozzamento al colletto. Si pratica allora una piccola apertura nel sacco e si vede fuoriuscire liquido purulento fluido; aperto ampiamente e svuotato dal liquido si osserva che non vi sono contenuti visceri; il sacco è ispessito e al colletto è obliterato. Viene esciso previa legatura e completato l'intervento col metodo Novaro Salzer. Il decorso post-operatorio è stato leggermente febbrile per i primi cinque giorni, massimo 37°.9. Dalla ferita si è avuto un po' di secrezione siero-purulenta, ma in 17ª giornata dall'intervento l'a. uscì completamente guarita.

Riassumendo, si può osservare come fosse possibile solo una diagnosi di probabilità. L'a. escludeva assolutamente di aver sofferto di ernia in passato e accennava invece alla ragade al piede sinistro; per quanto l'anamnesi abbia la sua importanza, tuttavia alle volte bisogna accettarne le notizie con una certa relatività o almeno che vi sia un nesso logico fra queste e ciò che l'esame obbiettivo dimostra. Non vi era alcun dubbio che si trattasse di un fatto infiammatorio: la tumefazione, la pastosità della cute e il lieve arrossamento di essa, il dolore, la temperatura; ma che cosa era interessato da questo processo di flogosi? Il pensare all'adenite del ganglio di Cloquet era logico, tanto più per la preesistenza della ragade; ma la sede, la tumescenza rotondeggiante portavano pure a pensare ad un'ernia epiploica strozzata ed infiammata. Dinanzi a questo dubbio non si poteva chiedere al tempo la decisione, poichè se poteva essere indifferente l'aspettare nel primo caso, nel secondo poteva essere fatale per l'ammalata. Si era dianzi escluso che si trattasse di ernia contenente una ansa strozzata o anche infiammata perchè non si sono avuti sintomi addominali, e l'alvo era aperto a feci e gas.

Fra le varietà di accidenti erniari in riguardo alla infiammazione, il presente caso di infiammazione erniaria con sacco vuoto e con obliterazione al colletto è uno dei più rari. La obliterazione può essere avvenuta per processi infiammatorii pregressi passati inosservati dall'ammalata e a carattere non acuto ma cronico. L'infiammazione erniaria può essere infatti acuta o periodica, latente, cronica, e quest'ultima è la forma più frequente. L'eziologia dell'infiammazione erniaria in molti casi appare ben netta e l'intestino per lo più ne è il punto di partenza (corpi estranei nell'ansa erniata, appendicite erniaria, infiammazione negli organi che costituiscono il contenuto di un'ernia, ecc.). Talora invece non si riesce a trovare alcuna causa, e allora bisogna pensare che gli organi erniati siano in uno stato di minor resistenza e rappresentino un mezzo di coltura favorevole per i microrganismi che vi sono portati dalla circolazione; oppure riesce facile

rendersi conto della infiammazione di un'ernia intestinale col passaggio dei microrganismi attraverso le pareti intestinali, quando abbia agito una causa determinando una lesione della vitalità dell'ansa erniata. Per darsi poi ragione dell'infiammazione, della presenza di microrganismi in un sacco erniario vuoto, bisogna ricorrere all'idea dei microrganismi circolanti che possono spiegare la loro azione nel luogo di minor resistenza stabilito da cause speciali, qualora l'ernia non abbia contenuto prima anche un'ansa intestinale rientrata in seguito in cavità addominale.

Questi fatti avvenuti successivamente ed in varii stadii nella nostra malata chiariscono la eziologia e la patogenesi del reperto operatorio. Il Purpura riferisce anche i risultati delle ricerche batteriologiche del De-Francisco sul liquido contenuto nel sacco di alcune ernie infiammate. Sui casi esaminati, in 16 le culture riuscirono sterili, in 7 si sviluppò il *bacterium coli* e in due casi, oltre al *bacterium coli*, anche lo stafilococco aureo.

Per quanto riguarda la cura si impone l'intervento operativo immediato anche nei casi come il presente, in cui la diagnosi è dubbia, poichè, se è innocuo per una semplice adenite nel caso di una infiammazione erniaria, fa evitare invece i gravi danni della cura aspettante.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di infiammazione di sacco erniario vuoto. Discute la diagnosi differenziale con altre affezioni a carattere acuto e aventi la stessa sede anatomica, e fa osservazioni sull'eziologia e patogenesi dell'infiammazione erniaria.

BIBLIOGRAFIA.

F. Purpura. *Sugli accidenti erniari con speciale riguardo all'infiammazione.* Pavia, Tip. e Leg. Cooperativa, aprile 1906.

C. Oliva. *Sullo pseudo-strozzamento erniario da peritonite purulenta.* Policlinico, Sez. Chirurgica, fasc. 9, 1926.

U. Buttini. *Sopra un segno che facilita la diagnosi di ernia crurale strozzata.* Policlinico, Sezione Pratica, n. 18, 1928.

M. Donati. *Chirurgia dell'addome.*

DALLA PRATICA CORRENTE.

Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. Giulio Alessanrini.

Significato da attribuire al reperto di parassiti nel sedimento urinario.

Prof. Nicola Sette
Direttore del Lab. Patologico - Ospedale Civile di Ancona.

Il rinvenimento di parassiti o di elementi parassitarii nelle urine dell'uomo o degli animali domestici non costituisce un fatto eccezionale. Per alcuni di essi il reperto è costante ed assume l'importanza di un dato diagnostico assolutamente probativo.

Così il trovare uova di schistosomidi nelle urine o nelle feci viene a confermare la diagnosi di Bilarziosi vescicale od intestinale, come il rinvenire scolici od uncini di echinococco ci autorizza a pensare ad una echinococcosi renale, e la presenza nelle urine di uova di eustrongylus ci dimostra una strongilosi renale.

Ma, alle volte, elementi parassitarii diversi possono presentarsi nelle urine e dimostrarci un parassitismo erratico che può essere seguito da disturbi o lesioni talvolta notevoli.

Così i coccidii, abituali parassiti dell'intestino o del fegato, possono emigrare nelle ghiandole genitali (testicolari od ovariche) e determinare la castrazione parassitaria diagnosticabile con l'esame delle urine. Questa malattia riscontrata con relativa frequenza nei polli e nei maiali, può verificarsi anche nell'uomo.

Il prof. Giulio Alessandrini infatti, nelle sue lezioni, cita interessanti casi di castrazione parassitaria in galli ed in maiali che, dopo essere stati per un periodo più o meno lungo ottimi riproduttori di razza finirono per divenire impotenti non solo, ma presentare completa atrofia dei testicoli in conseguenza del parassitismo da coccidii.

Nè si può escludere che con l'esame delle urine si possa svelare la presenza di qualche larva di *Anchilostoma* o *Necator* quando queste, avviandosi per la via sanguigna verso la sede di elezione, possono penetrare nei vasi renali e farsi una strada anormale giungendo nel bacinetto e da questo nella vescica, come fu dimostrato nelle urine di cavalli per le larve dello *Sclerostomum equinum* ed in quelle dei suini per le larve dello *Stephanurus dentatus*, ed anche in quelle delle volpi e dei gatti, rispettivamente per le larve del *Trichosomum plica* e del *Tri. felis*.

Nè mancano osservazioni di acari (*Tyrogliphus*, *Cytodectes* ed altri) riscontrati nelle urine dell'uomo o degli animali. Tali reperti parassitarii non sono quindi sempre indice di vero e proprio parassitismo. Spesso rappresentano accidentalità; qualche volta invece siamo in presenza di parassiti erratici e non di rado in presenza di contaminazioni delle urine stesse. In quest'ultima evenienza non si può parlare di parassitismo, sotto qualsiasi aspetto esso si consideri, perchè i parassiti stessi e gli elementi parassitarii sono giunti fortuitamente nelle urine dall'ambiente esterno, nello stesso modo in cui può verificarsi l'inquinamento batterico di sostanze sterili.

*
* *

A quest'ultima categoria appartiene il caso capitato alla mia osservazione qualche tempo fa:

Si trattava di un individuo, B. A., di anni 24, meccanico, da Ancona. Entrò in Ospedale e venne curato per « Seno fistoloso all'emitorace destro, sull'ascellare posteriore, in corrispondenza dell'ottavo spazio, e per nefrite acuta con gravi fenomeni uremici ».

Nei numerosi esami di urina fatti, riscontrai nel sedimento, emazie, leucociti e cilindri ialini e ialino-granulosi.

Il malato, migliorato, lasciò l'Ospedale, continuò la cura ambulatoriamente portando di quando in quando ad esaminare le sue urine.

Nel giugno scorso, all'analisi di queste, nel sedimento ottenuto per centrifugazione, vidi alcuni elementi figurati, immobili, a contorni regolari, che potevano simulare, a piccolo ingrandimento, dei cilindri, ma, osservati a medio ingrandimento, si riconobbero subito per Nematodi.

Ma la prima domanda che mi feci fu quella di sapere se si trattasse di un Nematode parassita, oppure di un parassitismo erratico od accidentale od anche una semplice e fortuita contaminazione delle urine.

Una qualche somiglianza con il Nematode da me trovato, presentano gli embrioni dell'*Eustrongylus gigas* (Diesing, 1851), il quale fu rinvenuto più volte nell'uomo anche in Italia ed un caso descritto ultimamente da Mastrangeli in Tivoli (Roma).

Nelle urine da poco emesse, però si trovano sempre e solamente le uova dell'Eustrongylus mentre le larve vi si riscontrano dopo qualche tempo e solo raramente.

Non era quindi possibile pensare a larve di Eustrongylus dal momento che le urine del malato furono da me esaminate non più tardi di due ore dopo la minzione. Quindi per la brevità del tempo trascorso fra l'emissione e l'esame, se il malato fosse stato affetto da Strongylosi renale, le uova non si sarebbero potute sviluppare.

D'altra parte un esame accurato fece subito rilevare notevoli differenze fra i piccoli Nematodi da me rinvenuti e le larve di Eustrongylus. Inoltre i piccoli vermi che per la centrifugazione delle urine raccolsi in grande quantità nel sedimento, si presentavano in fasi svariate di sviluppo, anzi alcuni avevano raggiunto la maturità sessuale.

* * *

I caratteri presentati dai vermi isolati da me, erano i seguenti:

Bocca munita di tre piccole labbra; esofago claviforme seguito a distanza da un bulbo arrotondato. I maschi erano lunghi, da 0,8 a 1,05 mm.; avevano la borsa copulatrice cuoriforme, con 9 costole per ciascun lato, ed armata di due spiculi.

Le femmine erano lunghe 3 mm. circa, ed avevano la coda lesiniforme; la vulva si apriva a 1/3 posteriore del corpo.

Le larve, lunghe circa 200-220 micron × 14, erano assottigliate alle due estremità, con l'estremo posteriore lesiniforme e l'esofago a clava seguito a distanza da un bulbo.

In base a questi caratteri e specialmente per l'aspetto cuoriforme della borsa caudale del maschio, pensai si trattasse di « Rhabditis » e precisamente fosse la « Rhabditis pellio » (Schneider, 1866).

Questo Nematode, da giovane vive nel lombrico e passa nella terra umida quando viene espulso dall'intestino del verme, ed è stato dimostrato dall'Oerley, che può vivere e crescere nella vagina del topo, ma che muore in qualche minuto nelle urine.

In rari casi è stato trovato nella vagina delle donne (contadine Ungheresi) come parassita accidentale. Scheiber descrisse un caso in cui la malata di 35 anni, era affetta da pleuropolmonite destra complicata da catarro gastrointestinale acuto e pielo-nefrite interstiziale. Le urine della malata erano torbide, giallo-brunastre cupo, e divenivano alcaline poco dopo la loro emissione; erano albuminose, sanguigne e purulente. In tutta la durata della malattia vi si rinvennero abbondanti Rhabditis, sia allo stato larvale che a quello adulto.

Scheiber stesso ritenne però che si trattasse di un parassitismo accidentale; le Rhabditis entrate in vagina si erano sviluppate e venivano trasportate nell'urina in numero maggiore o minore in ogni minzione. Nel caso da me descritto, ritengo invece che il Nematode non provenisse dalla vescica urinaria. Ciò lo deduco per il fatto che in successivi esami di urina, praticati al malato, non ho mai più rinvenuto alcun parassita. La infestazione quindi non poteva essere che accidentale e la presenza dei parassiti nelle urine, più che dal malato, doveva provenire dall'esterno.

Le indagini eseguite, infatti, mi condussero a stabilire che i recipienti usati per l'invio delle urine erano stati bensì puliti accuratamente da persone di famiglia del malato ma, allo scopo, si usarono gusci di uova per ot-

tenere una pulizia maggiore. Ciò mi induce a supporre che le uova stesse deposte sul terreno fossero contaminate con larve di *Rhabditis*.

La non comune frequenza di reperti simili nelle urine, la possibilità di errori diagnostici per le minime differenze che corrono fra le larve dei Nematodi in genere ed in specie fra quelle di *Rhabditis* e quelle di Strongilidi, la facilità con cui un reperto simile potrebbe far scambiare una semplice contaminazione delle urine con casi di parassitismo, mi hanno indotto a rendere noto questo caso.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda che il reperto di parassiti, o di loro uova, nel sedimento urinario, non costituisce sempre l'esponente di una infestazione: descrive infatti un caso capitatogli all'osservazione, in cui la presenza di una *Rhabditis pellio* è da ascriversi alle manualità di pulizia del recipiente, in cui le urine furono inviate dal malato.

Per la non comune frequenza di reperti simili, richiama l'attenzione del lettore sulla possibilità di un errore diagnostico.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Sulle cosidette neurosi.

(M. REICHCHART. *Deuts. med. Woch.*, n. 20-22).

S'intende per neurosi una anomalia psichica ed una anomalia fisica. Lo psichico fa risentire di solito la sua influenza sul fisico. In altri casi però una primitiva anomalia fisica può portare a manifestazioni nervose del carattere della neurosi. La nuova dottrina delle localizzazioni nel tronco cerebrale ha dimostrato che in tale regione il fisico e lo psichico hanno la loro comunicazione centrale. Secondo i concetti antichi neurosi indica una vera malattia; mentre secondo i concetti moderni psicopatologici neurosi significa una reazione di conflitti. Originariamente la parola neurosi indicava una cosa fisica vegetativo-endocrina; il concetto moderno psicopatologico attribuisce la neurosi esclusivamente alla psiche. È necessario dividere le neuropatie dalle psicopatie: neuropatie sarebbero disposizioni abnormi e disturbanti nel campo vegetativo (vasomotilità, sonno, ricambio, regolazione termica, ecc.) e nel campo endocrino, psicopatie sarebbero anomalie quantitative nella sfera degli impulsi, del temperamento, del carattere.

La neuropatia può lasciare integre le capacità fisiche e mentali. La maggior parte dei neuropatici è completamente atta al lavoro, essi presentano soltanto alcune particolarità che richiedono attenzione nel tenore di vita (p. es. labilità del sonno e aumentato bisogno di sonno). Si può calcolare che singoli disturbi neuropatici si trovano in circa il 25 % degli individui che hanno passato il 25° anno. Si possono dividere le neuropatie in:

1) particolarità e possibilità di reazioni durature e immutate durante la vita (labilità dei vasomotori del sonno, ecc.);

2) la frequente costituzione debole (astenica) e la più rara costituzione displastica. Molti deboli non si sviluppano a tempo durante la pubertà; essi devono rinunciare a professioni richiedenti fatica, muscoli e cuore non sono atti a cómpiti difficili e spesso neppure a cómpiti usuali;

3) sintomi di neuropatia si osservano specialmente in due periodi critici. Il primo periodo nel periodo fra il secondo e il terzo decennio, il secondo periodo fra il 4° e il 5° decennio. In questo secondo periodo critico si tratta molte volte di manifestazioni regressive fisiche che determinano manifestazioni reattive psichiche secondarie (incurvamenti della colonna vertebrale toracica, piede piatto, debolezza muscolare, diminuzione del peso, sclerosi aortica precoce, enfisema polmonare, artrite deformante, reumatismo, ecc.);

4) nell'età più avanzata l'involuzione fisica determina spesso neurosi, melanconie, sindromi paranoiche o catatoniformi. Anche in condizioni normali l'età dopo il 5°-6° decennio (specialmente in individui che hanno condotto vita irrazionale, troppo dediti al mangiare ed al bere) porta con sè una minorazione soggettivamente penosa della capacità lavorativa o degli impulsi psichici;

5) forme gravi progressive delle cosidette neurosi viscerali. Praticamente è spesso impossibile distinguere nel caso singolo il componente psichico dal componente endocrino-neuropatico e in generale dal fisico. Tutto il vasto campo della cosiddetta nervosità costituzionale è probabilmente in parte determinato da cause vegetative e endocrine. Talvolta la nervosità costituzionale rimane latente se le condizioni di vita sono favorevoli, in altri casi però si sviluppano forme gravi del tutto differentemente dalle condizioni ambientali;

6) reazioni neuropatiche (vegetative o endocrino-vegetative) comuni anche negli individui normali in seguito a traumi fisici o psichici, si manifestano in modo più violento e più duraturo nei predisposti alla neuropatia. Osserviamo vari tipi di queste reazioni neuropatiche: *a*) la reazione neuropatica esclusivamente psichica esterna, p. es. in seguito a malattia o a trauma; *b*) la reazione neuropatica del genere della reazione di spavento o di shock; *c*) i centri vegetativi nel tronco cerebrale vengono stimolati soltanto in seguito ad una esperienza lavorata ulteriormente dalla psiche.

POLLITZER.

Natura, patogenesi e cura della sclerosi a placche.

(J. LHERMITTE. *Gazette des Hôpitaux*, 21 giugno 1930).

L'anatomia patologica della sclerosi a placche dimostra trattarsi di una malattia tossi-infettiva.

Per alcuni neurologi le lesioni infiammatorie proverebbero l'azione d'una tossina la quale altererebbe tutto insieme vasi, neuroglie e fibre mieliniche. Per altri si tratterebbe d'una reazione ad un agente microbico.

Questa seconda ipotesi è più verisimile. In effetti tutte le intossicazioni acute o croniche del sistema nervoso centrale attestano che le tossine sono incapaci di determinare lesioni a focolai isolati e successivi analoghe a quelle della sclerosi a placche. Questa è un'affezione dell'asse cerebro-spinale dovuta alla penetrazione nell'organismo di un germe vivente.

Molti sono stati i tentativi sperimentali per dimostrare l'origine infettiva delle sclerosi a placche ed individuarne il germe.

Gli studi più conclusivi furono quelli di Kuhn e Steiner i quali iniettando nel peritoneo, nel globo oculare, nel cervello di conigli liquido cefalo-rachidiano di sclerosi a placche riuscirono a provocare una sindrome clinica e lesioni anatomo-patologiche analoghe a quelle della malattia umana. Gli stessi autori trovarono nel sangue degli animali inoculati uno spirochete, che essi ritennero l'agente specifico della sclerosi a placche, e che si trasmetterebbe non per contagio ma attraverso la puntura d'insetti.

I successivi studi di altri autori avrebbero confermato questa etiopatogenesi della sclerosi a placche. Lo spirochete oltre che negli animali inoculati fu riscontrato anche nel midollo spinale di ammalati morti di sclerosi.

Ma se da una parte si ottenevano risultati positivi, non mancavano dall'altra comunicazioni di autori i quali pur avendo adoperati metodi rigorosi non riuscirono a trovare lo spirochete di Kuhn e Steiner.

A questo punto era la questione quando gli studi furono ripresi nel laboratorio di Westminster Hospital da miss Chevassut, Braxton Hicks e Hoching sotto la direzione di Purves Stewart.

Chevassut, in base alle alterazioni chimico-fisiche del liquido cefalo-rachidiano, venne alla conclusione che le lesioni della sclerosi a placche sono determinate da un agente tossico prodotto da un microrganismo. Non potette individuare quest'ultimo al microscopio, ma ne ottenne la cultura.

Mescolando il liquido cefalo-rachidiano con brodo di Hartley addizionato di siero umano dopo 24-36 ore a 37°, si sviluppano piccoli gruppi di colonie di corpi sferici. La cultura che si sviluppa solo aerobicamente è molto sensibile alla reazione del liquido. Il virus è filtrabile.

Su 188 casi Chevassut trovò questo microrganismo 176 volte. Le ricerche di controllo su individui sani dettero esito negativo.

Fatto interessante, le culture non si sviluppano se al brodo di Hartley si aggiunge siero di individui affetti da sclerosi a placche.

Le ricerche di Hoching mentre confermavano quelle di Chevassut circa la presenza del microrganismo nel liquor di individui affetti da sclerosi a placche, dimostrarono che il virus esercita un'azione idrolitica sulle proteine e su i costituenti lipoidi del sistema nervoso centrale.

Purves Stewart e Braxton Hicks inocularono alle scimmie le culture del virus isolato dalla Chevassut.

A sette scimmie la cultura fu iniettata nelle vene o nella cisterna magna. Due di queste scimmie (4 e 5) mostrarono sintomi clinici e lesioni anatomo-patologiche simili a quelle della sclerosi a placche.

La scimmia n. 4, alla quale erano stati inoculati per via endovenosa 5 cmc. di cultura, dopo un mese dimostrava la presenza di virus nel liquor. Dopo nove mesi comparve una paralisi transitoria degli arti posteriori, che si ripeteva a frequenti intervalli. Dopo quattordici mesi la paralisi si estese agli arti anteriori. L'animale fu ucciso e si constatarono nel midollo spinale trattato con il metodo di Marchi focolai di degenerazione nei cordoni postero-laterali. Fatti analoghi si ebbero nella scimmia n. 5 alla quale oltre all'iniezione endovenosa era stata praticata la iniezione intracisternale.

Tutto quindi farebbe pensare che il germe della Chevassut sia specifico della sclerosi a placche. Esso è stato infatti isolato e coltivato e l'iniezione delle sue culture possono dare negli animali una malattia clinicamente e anatomopatologicamente simile a quella umana.

Purves Stewart ha preparato con il germe isolato da Chevassut un vaccino autogeno ed ha sottoposto con esso al trattamento 128 malati di sclerosi a placche, di cui 66 per un tempo molto lungo.

I malati presentarono tutti modificazioni biologiche del siero sanguigno che acquistava proprietà microbicide specifiche.

Su 70 casi in 8 il progresso della malattia si arrestò completamente, in 32 si ebbe un evidente miglioramento, in 30 casi non si ebbe alcun effetto. Persisteva sempre la virulenza del liquido cefalo rachidiano. DR.

INTESTINO

Le diarree croniche dell'adulto.

(MONNEROL-DUMAINE. *Gaz. d. Hôp.*, 54-56-58).

Grazie alle migliorate conoscenze della fisiologia gastro-intestinale e al perfezionamento dei metodi di ricerca, lo studio del problema della diarrea ha fatto in questi ultimi tempi progressi notevoli.

L'A. ne traccia il quadro clinico e coprologico, e ne discute l'etiologia e la terapia.

Dopo qualche accenno di fisiologia intestinale — tra cui va specialmente notata la questione della sinergia dei fermenti e degli organi digerenti — l'A. passa a trattare il capitolo dell'anamnesi.

Essa metterà in rilievo se l'infermo è stato sempre disposto alle diarree, se ha vissuto in regioni tropicali; poi indicherà le modalità della diarrea, quali sono le cause che l'influenzano, qual'è l'aspetto e la frequenza delle scariche, e tutti quei sintomi, d'ordine generale, che accompagnano quelli locali.

L'esame generale deve essere praticato con molta cura; e non si dimentichi la possibilità di complicazioni naso-faringee, che hanno una evoluzione parallela a quella dei disturbi intestinali: anche la psiche del malato deve essere sondata, giacchè spesso risente profondamente delle turbe diarroiche.

La rettoscopia, infine, ha un'importanza che non sarà mai abbastanza valutata.

L'esame delle feci non è meno importante; ma perchè esso dia dei risultati attendibili, è necessario farlo precedere, per qualche giorno da un pasto ben conosciuto e che, senza entrare nelle minime particolarità, deve essere composto di carne arrosto, patate fritte e burro: si saggerà così il comportamento delle fibre carnee, dell'amido e dei grassi.

L'esame delle feci sarà prima macroscopico: colore, quantità, consistenza, odore.

All'esame microscopico, di facilissima tecnica, si ricercherà la presenza di nuclei di fibre muscolari (Schmidt), di connettivo in eccesso, di gocce o cristalli grassi; la colorazione con lo iodio metterà in evidenza i granuli di amido. Nelle feci possono ritrovarsi cristalli (di Charcot-Leyden, o ammonio-magnesiaci), globuli rossi e bianchi, e vari tipi di flora batterica (iodofila o fermentativa, saccarolitica Gram-negativa e putrefattiva Gram-positiva); si ricercheranno infine i parassiti (amoeba, Lamblia e anche il *Tricomonas*).

L'esame chimico delle feci stabilirà quale sia la loro reazione: si ricordi che quella normale è neutra o leggermente alcalina: la reazione si fa acida per eccesso di fermentazione, alcalina per eccesso di putrefazione.

La ricerca dell'albumina solubile (Triboulet) indica le condizioni della parete intestinale: anche l'eccesso di muco parla per una lesione parietale.

L'A. propone una classificazione che, naturalmente, non va — a sua stessa confessione — completamente esente da critiche: ad ogni modo è quella che sembra più avvicinarsi alla verità:

diarree false;

diarree organiche (da malattie della parete intestinale);

diarree funzionali (da alterazione della funzione del tubo digerente).

Diarree false. — Sono proprio i costipati che presentano queste false diarree (Nothnagel); sono feci da stipsi diluite nel liquido proveniente dall'irritazione dell'ultimo tratto del colon. L'esame chimico dimostra i caratteri della superdigestione, tipica della stipsi; infine l'uso del carbone o del carminio dimostra che il passaggio delle feci è in realtà rallentato.

Diarree infiammatorie. — Sono dovute a lesioni della parete intestinale, e si dividono in:

a) parassitarie croniche: rientrano in questo gruppo l'amebiasi, la lambliasi, che può dare anche delle epatiti, perchè l'agente risiede di preferenza nel duodeno e nella cistifellea, e le forme da *Tricomonas*, *Tricocephalus*, *Balantidium coli;* anche gli spirocheti sembrano essere responsabili, a volte, di forme croniche di diarrea;

b) diarree infettive. Il germe che agisce sulla parete intestinale può essere specifico o no; nel primo caso abbiamo la diarrea sifilitica (considerata sinora come molto rara, più spesso nel periodo terziario), e la tubercolare. Non tutte le diarree dei tubercolosi si devono considerare di natura specifica: ma è certo che essa lo è molto frequentemente e va attribuita ora all'abuso di preparati come il creosoto ecc., ora all'iperalimentazione forzata, ora all'insufficienza di questa o quella funzione digestiva. Noi ricordiamo la diarrea da tubercolosi del tenue, con scariche profuse, grumose, brunastre e ribelli a ogni cura, da tubercolosi del colon, da tubercolosi del peritoneo.

Tra le diarree da agente aspecifico vanno ricordate quelle da colite ulcerosa, la cui etiologia è ancora discussa, e in cui le scariche frequenti sono accompagnate da emissione di membrane di sangue e di pus. L'esame locale rivela la dolenzia e l'ingorgo di questa o quella parete del colon, più spesso del tratto sigmoido-rettale; esse hanno una influenza notevole su tutto lo stato generale; possono complicarsi di emorragie, di peritonite e di restringimenti rettali; infine, la rettoscopia che mostra l'edema, l'ecchimosi della mucosa, gli ascessi submiliarici della parete, ecc., la coprologia e la radiologia (salti di Stierling) confermano la diagnosi e vanno sempre praticate.

Diarree tossiche. La causa dell'intossicazione può essere esterna ed interna: tra le prime la lunga permanenza in sale di autopsia, l'uso del cianuro di mercurio, ecc. per lavarsi le mani; tra le seconde la gotta, il diabete, ecc., ma sopratutto l'insufficienza renale.

Diarree da cause speciali: quelle che accompagnano l'amiloidosi e quelle importantissime che accompagnano il cancro del retto: ogni diarrea cronica dopo la cinquantina deve far pensare a questa eventualità.

Si ricordino poi le diarree da actinomicosi e da arteriosclerosi addominale.

Nel secondo grande gruppo delle diarree funzionali il contenuto intestinale è anormale, e la parete lo diventa solo per una irritazio-

ne secondaria; l'alterazione della digestione alimentare favorisce la pullulazione di un microbismo anormale (secondo Strasburger), mentre, sec. v. Noorden, le modificazioni del microbismo sarebbero il fatto primitivo.

La causa di queste diarree può ricercarsi nella bocca (dentatura guasta, tachifagia, ecc.) e nello stomaco; il cibo, mal modificato dall'insufficiente chimismo gastrico, passa nel duodeno insufficientemente preparato.

Tipiche sono le diarree dei gastro-enterostomizzati.

Le feci delle diarree gastrogene hanno tutti i caratteri delle feci di putrefazione: il connettivo sopratutto è conservato quasi immutato.

La causa va ricercata nella insufficienza secretoria dello stomaco e, ma solo di rado, talora anche nella esagerazione della sua peristalsi.

Ricordiamo poi le diarree fermentative; le anse sono ripiene di gas, le feci appaiono giallastre, aerate, d'odore acido.

In genere si attribuiscono alla fermentazione dell'amido e all'abuso alimentare degl'idrocarbonati.

Le diarree d'origine pancreatica e da lesioni delle vie biliari o del fegato costituiscono il prototipo delle diarree « grasse » con feci in grande quantità, grigiastre, putride, oleose.

Molte diarree si riportano ad un fattore riflesso: così quelle da raffreddamento del ventre, da uso di thè e caffè, le diarree postprandiali degli epatici, le diarree degli emorroidari; rientrano in questa categoria le diarree anafilattiche nei cui portatori è possibile svelare l'idiosincrasia verso un dato elemento.

Accanto a queste vanno ricordate le diarree emotive, ben note, e quelle dei fobici.

Tra le diarree che derivano da una malattia nervosa vanno ricordate le tabetiche, indolenti e ribelli alle cure, e quelle basedoviane: si tratta sempre in questi di diarree da ipercinesia intestinale, e le feci contengono sostanze (sopratutto amido) indigerite.

Esiste poi tutto un caos di diarree non classificabili: la più importante è quella chiamata « diarrea cronica dei paesi caldi » e messa in rapporto con lo Sprue. I lavori più recenti (Castellani) sembrano ammettere, come agente etiologico, la *Monilia Psillosis*, ma la questione non può considerarsi risolta. E' una diarrea tenace, ribelle, che si accompagna a meteorismo, vomiti, stomatite aftosa e grave prostrazione generale: si può giungere a veri stati di cachessia.

Gli aortici possono essere colti da diarree acute (edema dell'intestino); i cirrotici e i mitralici scompensati possono avere diarree a cui si attribuisce causa meccanica.

E finalmente vi sono manifestazioni diarroiche croniche, ribelli, che non riconoscono alcuna causa immediata e vanno ascritte al gruppo delle malattie costituzionali.

Terapia. Si distingue una terapia generale ed una specifica.

Nella somministrazione della dieta il medico non disprezzerà l'esperienza personale dei malati: il latte e le uova talora sono, talora non sono tollerate, e quindi vanno saggiati con prudenza.

Anche il problema degli idrati di carbonio è delicato: sono meglio tollerati, in genere, i legumi senza buccia e le farine: il pane spesso riesce pesante; i cereali e le paste alimentari senza burro sono invece assai leggere.

In quanto alla carne, essa sarà consigliata nelle forme di diarrea fermentativa; ma le carni grasse e i grassi in genere debbono essere eliminati. I formaggi bianchi sono permessi, quelli fermentati no.

Si ricordi infine che ogni regime troppo severo è un regime di carenza e finisce per stancare il malato: onde bisogna cercare di variarlo, entro i suoi limiti, quanto più è possibile.

L'antidiarroico sovrano è l'oppio (polvere di oppio, estratto tebaico e laudano di Sydenham, 2-3 gocce prima dei pasti nelle diarree prandiali); classico è l'elisir paregoico alla dose di un cucchiaino da caffè.

Il bismuto è molto adoperato e, in genere, lo si tollera bene; assai usato anche il caolino che si può associare al bismuto; se c'è meteorismo si dà il carbone; buono astringente è il tannino.

In questi ultimi tempi è entrato in uso l'ossido di zinco, in pastiglie da 20 ctgr. 10-12 al dì; il cloruro e il gluconato di calcio sono assai efficaci nella cura delle diarree dei tubercolotici.

Tutte le forme di arsenico organico *per os* hanno la migliore azione. (Stovarsolo in compresse da 25 ctgr., 3-4 al dì; arsenobenzolo in compresse da ctgr. 10, 3-4 volte al dì).

Utile riesce la cura fisica e termale (Plombières, Vichy).

La terapia si deve però modificare di volta in volta, seguendo l'etiologia rispettiva.

I falsi diarroici vanno curati come stitici.

L'amebiasi si cura con l'emetina (non più di 8 ctgr. al dì e di 1 gr. al mese) o con gli arsenici organici *per os.* Ravaut consiglia la sua pasta (polvere di carbone vegetale; sottonitrato di bismuto; sciroppo semplice; glicerina, anagr. 100; polvere d'ipecacuana, gr. 4; mescolare) alternata all'arsenico: i tedeschi lodano l'azione dello Yatren, usato per iniezione o per lavaggi.

La lambliasi, assai resistente, cede in genere però alle cure di stovarsolo e arsenobenzolo; il *Tricomonas* si cura con la terebentina; il *Tricocephalus* con il timolo; la bilarzia con l'antimonio.

Nelle rettocoliti ulcerose il regime deve essere privo di sostanze albuminoidi putrefattibili; si cerca di combattere la putrefazione con

la fermentazione (lattosio, amido); si usano i più svariati antisettici intestinali (bismuto, benzo-naftolo, sali d'argento, ecc.) e le polveri (caolino, bismuto).

I vaccini hanno dato risultati incoraggianti: i migliori sono gli autovaccini, ma la loro preparazione urta in mille difficoltà.

Il vaccino si dà per bocca ogni mattina alla dose di 10-20 cmc.

Il vaccino è ottenuto dalla coltura di strepto-stafilococchi, protei e *b. coli*, e la sua efficacia comporta l'ipotesi di un polimorfismo etiologico di queste affezioni.

La sieroterapia è usata negli Stati Uniti, ma l'esperienza è scarsa.

Si sono tentate anche, nelle forme ribelli, le deposizioni locali delle sostanze medicamentose, giovandosi di sonde di Einhorn particolarmente adattate.

L'intervento chirurgico ha lo scopo di « mettere in riposo » un tratto dell'intestino e va riserbato in casi antichi e inveterati.

Nelle diarree boccali si cureranno i denti e la masticazione; in quelle d'origine gastrica giova molto la somministrazione di acido cloridrico (X-XL gocce) durante i pasti.

In quelle fermentative si regolerà la dieta e si useranno i fermenti lattici. Nello sprue l'alimentazione va ridotta a latte, carne e frutta crude: secondo Le Dantec si dovrebbe attuare il regime albuminoideo esclusivo.

Per combattere l'anemia si consiglia la cura di Whipple.

Le diarree emotive richiedono una cura psichica. V. SERRA.

La tubercolosi intestinale.

(PH. B. MATZ. *Amer. journal med. sciences*, aprile 1930).

In questo studio fatto su 200 pazienti morti per tubercolosi al U. S. Veteran Bureau, l'A. arriva alle conclusioni seguenti:

1) in causa dei sintomi vaghi della tubercolosi intestinale, è difficile stabilire la vera proporzione con cui si verifica tale complicazione nella tubercolosi polmonare; dalla serie dell'A., risulterebbe che essa si trova nel 60,5 per cento dei casi;

2) su 849 pazienti ricoverati per tubercolosi intestinale, il 93,95 % aveva tubercolosi polmonare; nell'82,4 % con caverne, nel 77,6 per cento con lesioni bilaterali con più di un terzo di polmone affetto. Nella grande maggioranza dei pazienti, si avevano lesioni essudative o combinazione di lesioni essudative con fibrose;

3) il periodo di tempo intercorso fra la diagnosi di tubercolosi polmonare e la comparsa della complicazione intestinale variava considerevolmente, ed era in media da uno a tre anni;

4) i sintomi iniziali della forma intestinale erano vaghi, sì da rendere difficile una diagnosi esatta, la quale non fu fatta, nella maggior parte dei casi, che dopo sei mesi; in molti anche dopo un anno, in alcuni anche dopo 10 anni;

5) i sintomi più frequenti erano i seguenti: dolorabilità o coliche addominali, perdita di peso, formazione di gas, diminuzione dell'appetito, malessere dopo i pasti, diarrea, emaciazione, dispepsia, alternative di costipazione e di diarrea, nausea, nervosismo ed irritabilità;

6) la diagnosi di tubercolosi intestinale venne fatta nel 43,3 % con il metodo clinico ed i raggi X; nel 36 % soltanto clinicamente, nel 7,7 % con i soli raggi X e nel 12,6 % soltanto all'autopsia. L'uso combinato del metodo clinico e dei raggi X è quello che fornisce la maggior quantità di diagnosi esatte;

7) nel trattamento, si usarono: riposo, dieta, elioterapia naturale ed artificiale e medicamenti diversi, fra cui il cloruro di calcio;

8) fra gli 849 pazienti con tubercolosi intestinale, si ebbe nel 21 % miglioramento e circa nel 2 % guarigione; nel rimanente, si ebbero peggioramenti; il 42,4 % venne a morte. Si deve dunque tener presente che questa condizione non è disperata, ma che si possono avere miglioramenti ed anche guarigioni;

9) le localizzazioni più frequenti delle lesioni furono le seguenti: cieco, ileo, colon ascendente, colon trasverso, valvola ileo-cecale, colon discendente, digiuno, appendice, duodeno, retto, sigmoide. Vi fu compartecipazione del peritoneo nell'8,5 % e lesioni in gran parte dell'intestino nel 3,3 %;

10) mentre, nella maggior parte dei casi, la tubercolosi intestinale è secondaria alla forma polmonare, in qualche caso il focolaio d'infezione si trovava altrove. La frequenza, in ordine discendente è la seguente: polmoni, ossa, tratto uro-genitale, nodi linfatici addominali, pleura;

11) più della metà dei pazienti aveva qualche complicazione: ulcerazioni, perforazione, occlusione, con maggior frequenza, ulcerazioni;

12) le caratteristiche radiologiche più frequenti furono le seguenti: difetti di riempimento nel cieco e nel colon ascendente, irregolarità nei contorni del cieco e perdita della segmentazione del colon ascendente, ipermobilità alle sei ore ed alle 24, difetti di riempimento nel crasso (oltre che nel colon ascendente) stasi ileale con ritardo del riempimento del cieco, modificazioni radiologiche in seguito al clistere e fissazione del cieco;

13) poco o punto sussidio venne dai reperti di laboratorio; anche nei casi in cui si trovarono dei bacilli tubercolari nelle feci, è da ritenersi che essi avessero origine polmonare;

14) la morte si ebbe per diffusione dell'infezione tubercolare o per qualche complicazione, come peritonite o meningite;

15) in una serie di 236 casi trattati in modo diverso e venuti all'autopsia, la maggioranza aveva avuto il trattamento sanatoriale, pochi i raggi ultravioletti o soli o uniti a riposo ed a dieta adatta. Molti avevano ulceri attive ed alcuni anche di quelle guarite.

Sembra, in complesso, che i raggi ultravioletti, da soli od insieme al riposo ed alla dieta, abbiano un certo effetto benefico sulla tubercolosi intestinale, ma è dubbio che essi possano portare alla guarigione. *fil.*

La colotiflite.

(J. H. OLTREMARE. *Arch. mal. appar. digestif et des mal. de la nutrit.*, n. 5, maggio 1930).

Il quadrante inferiore destro dell'addome costituisce il punto più difficile per una esatta diagnosi, e mentre un tempo si attribuiva all'appendice ogni misfatto, oggi invece altri organi, come l'ileo terminale, l'epiploon, il colon ascendente, ecc. si disputano l'onore di provocare i disturbi di questa regione.

Oggi si comincia a notare una serie di affezioni i cui caratteri clinici e patologici vanno sempre più precisandosi, e che rimpiazzano a poco a poco le vecchie nozioni d'appendicite cronica.

In un caso riferito la sintomatologia col dolore addominale nella fossa iliaca d. con difesa muscolare, con punto di Mac-Burney nettissimo facevano diagnosticare un'appendicite acuta; all'operazione fu trovata una larga perforazione cecale, circondata da una zona d'infiltrazione di consistenza coriacea; tale perforazione era sulla faccia antero-esterna del cieco, a quattro dita trasverse più alta dell'appendice, che era libera e normale.

Questo caso mostra come una colotiflite acuta può simulare un'appendicite.

In altri casi, in cui si ha un decorso cronico, con dolori localizzati al quadrante destro dell'addome, e con disturbi del colon riscontrati radiograficamente e con l'esame fecale, l'operazione non ha messo in evidenza alcuna lesione dell'appendice o del colon.

Di tali casi son riferite 4 osservazioni.

La diagnosi differenziale tra la colotiflite e l'appendicite non è facile; in ogni modo una esatta diagnosi ha scarsa importanza, se si tien conto che in entrambi i casi quello che si impone è l'operazione chirurgica.

Volendo tuttavia precisare una sintomatologia differenziale, bisogna notare che la colotiflite si presenta in individui che hanno un passato intestinale, rappresentato da periodi di costipazione alternati a periodi di diarrea.

A ciò si aggiunge un senso di malessere doloroso alla fossa iliaca destra, che si accentua con le fatiche, con le mestruazioni, col regime alimentare.

Non esiste un vero punto doloroso come nell'appendicite, ma d'una zona dolorosa alla palpazione. Non v'è difesa muscolare.

L'esame delle feci, che deve essere sempre fatto, mostra un'alterazione nella digestione dei grassi e dell'amido, che denunzia il patimento del colon.

Se la colotiflite acuta non impone alcun problema terapeutico, essendo necessario l'intervento, non è così per le forme croniche, in cui si resta in dubbio se applicare una cura medica od asportare un'appendice che in fondo non presenta alcuna alterazione. Tuttavia nella forma cronica bisogna prima tentare la cura medica, e solo quando non si ottiene alcun giovamento si può ricorrere ad interventi più radicali. CARUSI.

ADDOME.

Sul lipoma recidivante retroperitoneale.

PARTE CLINICA.

(G. HOSEMANN. *Arch. Klin. Chir.* Vol. 155, fasc. 2, pag. 336, 1929).

Se non si può parlare direttamente di malignità per i lipomi retroperitoneali per la mancanza di metastasi e dell'accrescimento infiltrativo e distruttivo, bisogna pur riconoscere che dal punto di vista clinico è giusto ammettere una malignità di questi tumori. Caratteri che la fanno affermare sono l'accrescimento continuativo e la facile recidiva. Per il chirurgo presentano grandi difficoltà per le loro dimensioni spesso enormi e per i rapporti che vengono a prendere con gli organi addominali.

Questo tipo di lesioni ha, quasi sempre, l'aspetto istologico del lipoma puro, talvolta del fibro- o del mixolipoma, ma quasi mai fa riconoscere porzioni in evoluzione sarcomatosa. Molto spesso i tumori sono multipli mentre per apposizione fra di loro possono dare l'apparenza di una massa unica. La molteplicità spiega la facile recidiva e conferma l'ipotesi di blastomi disontogenetici. Crescendo, comprimono gli ureteri, l'intestino, i reni, le vene del bacino e possono condurre quindi a idronefrosi, occlusioni, ecc.

Nella diagnosi differenziale bisogna distinguere il neurinoma che si origina anche esso vicino alla colonna vertebrale, cresce lentamente e può presentare gli stessi sintomi. Si possono distinguere perchè sono fissati più medialmente, non si spostano lateralmente, sono più duri, crescono più lentamente e di rado raggiungono le dimensioni dei lipomi. I fibrosarcomi si differenziano per l'accrescimento rapido e la grande malignità.

Sono colpite più frequentemente le donne e al quarto decennio. Si trovano spesso numerosi lipomi più piccoli simmetrici che seguono nella loro disposizione, il polo inf. del rene,

l'uretere, il decorso del deferente e ciò parla per una ipotesi di alterazioni di sviluppo nel periodo embrionale.

La diagnosi generica di solito è facile. Ci può essere oltre alla pseudofluttuazione, una fluttuazione vera per l'esistenza di cisti. Focolai necrotici ed emorragici sono frequenti, così calcificazioni e vere ossificazioni.

L'unica cura è, quando può essere eseguita, l'exeresi del tumore ma la recidiva è la regola. La radioterapia è inefficace.

L'A. fa seguire l'illustrazione del caso da lui osservato e operato due volte, sempre seguìto da recidiva.

PARTE ANATOMO-PATOLOGICA.

(W. LANG. *Arch. Klin. Chir.* Vol. 155, fasc. 2, pag. 349, 1929).

Descrizione accurata del reperto anatomo-patologico. — Il territorio di origine del tumore è rappresentato dall'angolo inferiore della capsula adiposa, da qui è cresciuto verso il bacino e il mesosigma. A spiegare questo andamento bisogna ammettere che la costituzione della fascia pre- e retrorenale corrisponda realmente a quanto afferma Wogt che, cioè, la fascia retroperitoneale rappresenti una parte della lamina fibrosa del peritoneo parietale, e la fascia prerenale rappresenti il peritoneo parietale conservato dove il rene prende connessioni con altri organi, mentre manca, o in altri termini, è rappresentata dal peritoneo parietale stesso, dove mancano queste connessioni. I due foglietti si riuniscono meno che all'interno, in modo da formare un sacco chiuso, aperto solo medialmente fra i vasi renali e surrenali.

Dall'esame istologico accurato il Lang crede di confermare l'ipotesi di Wassermann del cosidetto organo primitivo. Questo è costituito da vegetazioni avventiziali speciali in un territorio di un ricco reticolo vasale neoformantesi e fa parte del sistema reticolo-endoteliale. Da questo organo primitivo si sviluppa il tessuto adiposo con una infiltrazione grassa dei reticolo-endoteli. Eccezione a questo modo di formazione è fatta dal cosidetto tessuto adiposo bruno.

L'esame istologico del lipoma in istudio permette di seguire tutte le fasi di trasformazione dell'organo primitivo in grasso con in più qualche aspetto atipico in relazione alla natura neoplastica.

VALDONI.

Fibroma primitivo del legamento splenocolico.

(G. FILIPPINI. *L'Osp. Magg.*, 28 febbr. 1929).

L'Autore riferisce un caso di fibroma primitivo del legamento splenocolico, tumore addominale raro per la natura in rapporto alla sede e interessante per la sintomatologia pressochè muta, nonostante i rapporti del tumore stesso con visceri importanti.

La p., una donna di a. 32, con anamnesi familiare e remota quasi negativa si era accorta incidentalmente, quattro mesi prima dell'ingresso in Ospedale, di una tumefazione al fianco sinistro, che le dava solo senso di peso in detta regione.

All'esame obiettivo l'addome era normale per forma e volume e trattabile nei quadranti di destra. Nell'ipocondrio sinistro e nella regione laterale dello stesso lato si palpava una massa dell'apparenza di un grosso rene, indolente alla pressione, a superficie liscia, che seguiva le escursioni respiratorie e che si sperdeva in alto sotto l'arcata costale.

All'atto operativo si trovò e si asportò un voluminoso tumore duro, liscio, grande come un grosso uovo di struzzo, capsulato, intimamente aderente al colon trasverso, all'omento, al legamento gastro-colico e al polo inferiore della milza.

L'esame istologico dimostrò trattarsi di un fibroma.

Riguardo alla sede primitiva del neoplasma l'A. è di opinione che sia con grande probabilità lo spessore del legamento splenocolico: l'esistenza in tale organo di un fibroma primitivo trova sufficiente ragione nella esistenza di tessuto connettivo in tal luogo e pare logico attribuirsi lo sviluppo del tumore a carico degli scarsi fascetti connettivi disseminati nella compagine del meso addominale.

Sulla genesi di tali tumori solidi retro-peritoneali e mesenterici avrebbe secondo alcuni autori (Mucci, Fichera, Protti, Labbé e Remy) grande importanza la gravidanza, ammettendo un certo nesso tra essa e la produzione di formazioni connettivali.

Sempre assai oscura è la sintomatologia delle forme addominali intralegamentose: in genere si attribuiscono al viscere ad esse più aderente oppure si è deviati dalla forma del tumore. Le donne sono portatrici di fibromi retroperitoneali e intramesenterici più spesso che non gli uomini.

Queste neoformazioni sono nel 50 % dei casi a tendenza maligna. Tuttavia anche le forme istologicamente benigne sono capaci di produrre gravi disturbi da compressione.

Il loro sviluppo è lento ed essi si rivelano solo quando hanno raggiunto notevoli dimensioni.

La prognosi di questi tumori abbandonati a sè è infausta per i disturbi di compressione; anche la prognosi operatoria è grave per lo choc e le lesioni vascolari inevitabili. Si cercherà perciò, per quanto è possibile, di enucleare il fibroma il che sarà possibile solo se il tumore è isolabile dal tessuto cellulare lasso ed è provvisto di capsula.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

I. Aisenscitat. *Influenza dell'educazione sugli anormali originari.* Giannini, ed., Napoli, Prezzo L. 120.

L'A. crede alla virtù dell'educazione. È un'opinione basata su indagini accurate, studi pazienti, induzioni felici.

In questo grosso volume espone largamente le leggi dell'ereditarietà, affronta risolutamente la quistione della trasmissibilità dei caratteri acquisiti per venire alla conclusione che gli istinti innati sono suscettibili di modificazioni, e che queste possono essere trasmesse alla prole. L'uomo è perfettibile come individuo biologico e come individuo sociale. L'educazione influisce non solo sull'individuo, ma, attraverso questo anche sulle successive generazioni creando una nuova atmosfera sociale.

Individui avariati in ambiente eticamente idoneo, con l'educazione adatta, con il lavoro, con l'igiene fisica e mentale, possono diventare elementi non solo socievoli per se stessi, ma capaci di procreare figli moralmente sani.

L'A. passa in rassegna i mezzi che egli ritiene idonei ad ottenere questa « bonifica umana ».

Il libro si raccomanda alla lettura degli studiosi non solo perchè è un atto di fede che concilia con la vita, ma anche perchè costituisce un contributo notevole al progresso della pedagogia.

Dr.

H. Offergeld. *Der Einfluss des Geschlechtsverkehrs auf das Befinden der Frau.* Editore F. Enke, Stuttgart, 1930, 2ª edizione.

E' un contributo alla conoscenza dell'importanza del fattore sessuale nella vita femminile, con riferimento alle psicoanalisi, che può esser letto con interesse. (Ne inseriamo un largo riassunto in *La Clinica Ostetrica,* sett. 1930).

p. g.

P. Marfori. *Gli stupefacenti.* Editore Idelson. Napoli. Prezzo L. 10.

La lotta contro le tossicomanie si fa, oltre che con i provvedimenti legislativi, con l'educazione. La propaganda sui danni dei veleni voluttuari e sul modo con il quale si può evitare di cadere vittima delle perverse abitudini è uno dei mezzi più efficaci di profilassi sociale.

Con questo intendimento il prof. Marfori ha scritto questo volume.

Dopo aver dato cenni sulla natura e sul modo di azione dei più comuni stupefacenti l'A. espone la clinica delle rispettive tossicomanie.

Studia le droghe stesse come veleni sociali, i rapporti tra le tossicomanie e la delinquenza. Speciali capitoli sono dedicati alla terapia ed alla profilassi.

Libro certamente utile per i medici, ma anche raccomandabile alla lettura di tutti

Dr.

Handwörterbuch der medizinischen Psychologie. Un vol. di pag. 668. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1930. M. 48.

Questo dizionario di psicologia medica, diretto da Birbaum e scritto con la collaborazione di numerosi psicologi tedeschi, vuole essere un mezzo di consultazione rapida su problemi psicologici che sono in intimo rapporto con pensiero e pratica medica. Gli articoli hanno una estensione differente a seconda dell'importanza dell'argomento sempre dando maggior peso a considerazioni d'importanza pratica. Il metodo scelto rende facile la consultazione del testo.

Valdoni.

M. Roso de Luma. *Aberraciones psiquicas del sexo.* Morata, ed. Madrid. Prezzo Pesetas 10.

Ampia trattazione delle psicopatie sessuali con ricca documentazione clinica e originalità di vedute.

Dr.

Th. H. van de Velde. *Le mariage parfait. Physiologie et technique.* Trad. dall'olandese. Un vol. in-8° di pag. 276, con tav. col. Ed. Montana, Horw-Lucerne, 1930. Prezzo fr. svizzeri 13,10 (fr. franc. 65).

Un matrimonio non può essere *perfetto* che a condizione di realizzare una *perfetta* unione del corpo e dello spirito. La prima, lungi dall'escludere la seconda, la integra e la rende migliore; essa molte volte, invece, per effetto di ignoranza (tutt'altro che rara anche negli uomini), di incomprensione, di insufficiente confidenza, non è completa e ne risultano disturbi di ogni genere, dissapori, disgusti; la letteratura psicoanalitica fornisce abbondanti prove di questi fatti, che, del resto, sono di osservazione comune ad ogni medico.

Ma una pudibonda ipocrisia ci vieta spesso di parlare di funzioni sessuali quasi che queste fossero diverse da tutte le altre e fa sì che si accumulino su di esse dannosi pregiudizi, mentre il folto velo con cui si vorrebbero occultare non fa che acuire la curiosità e renderla malsana.

Un insegnamento di tal fatta, che da qualcuno può essere considerato come pornografi-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

co, è invece altamente morale; certamente esso esige, oltre ad una grande competenza, un certo coraggio per sfidare le facili ironie e le ingiuste accuse. E coraggioso può dirsi davvero questo libro dell'A., già direttore della Clinica ginecologica di Haarlem che, come tale, ha appunto avuto occasione di vedere i tristi effetti dell'ignoranza in tale materia.

Vi si descrivono la fisiologia generale sessuale, l'anatomia e la fisiologia degli organi genitali, i rapporti sessuali e l'igiene fisica e psichica del matrimonio; il tutto con stile a dizione chiara ma severa, e si danno, in proposito, utili consigli per rendere migliori i rapporti fra i coniugi.

Nonostante il giudizio che possa farne qualche osservatore leggero, questo libro è da ritenersi di alto valore morale; la madre dei nostri figli non perde nulla del rispetto e della venerazione che si merita se anch'essa può avere quel soddisfacimento che noi uomini cerchiamo, senza curarci, spesso, che esso sia ricambiato.

Il volume, che porta ad epigrafe la nota citazione di Balzac: « Le mariage est une science », verrà seguìto da altri due sulla lotta contro l'avversione coniugale e sulla fecondità e sterilità. *fil.*

J. TORRUBIANO RIPOLL. *Teologia y Eugenesia.* Morata, ed. Madrid. Prezzo Pesetas 5.

È il libro di un teologo spagnuolo molto combattivo, che tende a porre al punto la posizione della teologia nei problemi dell'eugenica.

Studio interessante che risolve felicemente alcuni conflitti tra le esigenze della religione e le necessità della razza.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Ospedale Maggiore - Bologna.

Seduta del 29 giugno 1930.

Un caso di lebbra nervosa.

Prof. FILIPPO FRANCHINI. — L'O. mostra un malato di lebbra nervosa con intensa paralisi spastica degli arti inferiori di origine manifestamente spinale. Ebbe occasione di visitarlo pochi giorni fa quale fiduciario della Cassa Nazionale per l'invalidità e vecchiaia. La diagnosi di lebbra è assicurata prima di tutto dalla presenza di una eruzione eritemato-maculosa a chiazze tonde, policicliche, circinnate, sparse su quasi tutto il tronco, e dalla notizia di un lungo soggiorno nello stato di S. Paolo nel Brasile dove la lebbra è endemica. Poi dalla notizia di una eruzione pemfigoide pregressa che occupò le mani e gli avambracci e lasciò come esito chiazze acromiche in queste parti: da una mutilazione della terza falange del mignolo della mano destra accaduta lentamente e senza dolore: da una retrazione della aponeurosi palmare della mano destra: da una diffusa parziale atrofia di quasi tutti gli interossei della stessa mano e dei muscoli del cingolo scapolare sinistro: da una quasi tipica termoanestesia (non costante per il caldo) con analgesia e persistenza della sensibilità tattile, localizzate esattamente sulle chiazze della dermatosi ma rilevabili con distribuzione capricciosa per tutto il resto del tronco e in vari tratti degli arti superiori e, assai meno, anche degli inferiori. Questo disturbo di senso deve attribuirsi ad alterazione midollare di tipo siringomielico che è fra quelli che la lebbra può cagionare. Alla stessa alterazione midollare debbono attribuirsi le atrofie muscolari notate agli arti superiori e la paralisi spastica agli arti inferiori per quanto questa sia, nel malato che si presenta, assai più intensamente spastica di quanto si vede d'ordinario nella siringomielia.

Il Segretario: C. L. EMILIANI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 7 luglio 1930.
Presidente: Prof. L. BACIALLI.

La gastrite nel quadro dell'enterocolite muco-membranosa.

Prof. PIETRA. — L'O. studiando le variazioni del chimismo gastrico in corso di colite muco-membranosa ha notato che a tale affezione si accompagnano pressochè costantemente alterazioni della secrezione peptica corrispondenti in generale al quadro della gastrite mucosa: e cioè presenza, specie nel succo gastrico estratto a digiuno, di una grande quantità di muco, viscido, denso che dà al succo un aspetto filante e che si addensa nelle provette in una massa vitrea omogenea, talvolta difficilmente rovesciabile. All'esame microscopico tale massa si presenta costituita da mucina addensata, inglobante scarsi elementi della mucosa gastrica e più o meno ab-

bondanti nuclei leucocitari liberi. Come valori dell'acido cloridrico libero e dell'acidità totale: a digiuno per solito cifre basse; talvolta anche assenza completa di HCl libero; dopo la colazione di prova invece valori di HCl e di AT assai più elevati, vicini spesso alla norma, talvolta anzi superiori, sicchè effettivamente pare, secondo anche quanto sostengono Simchowitz, Bichels che non vi sia rapporto fra i valori dell'acidità e la quantità di muco. L'O. accosta tale quadro di alterazioni gastriche a quello della colite mucomembranosa poichè come in tale affezione, pur con reperto di abbondante secrezione mucosa, assai scarsi sono (almeno fin quando non sono sopraggiunte complicazioni) i segni di reazione infiammatoria — cosicchè sarebbe più proprio parlare di stato mucoso — egualmente a carico dello stomaco in tali casi non esistono o sono in generale lievi accanto al quadro dell'ipersecrezione mucosa, i segni di reazione infiammatoria e la secrezione gastrica durante il pasto si dimostra pressochè normale. L'O. pertanto ritiene che queste due manifestazioni pressochè identiche che si svolgono contemporaneamente nei due tratti intestinali altro non siano che l'espressione di uno stesso disturbo fondamentale che si esplica su varie porzioni del tubo intestinale, il qual modo di vedere assai più si concilia col concetto patogenetico dominante che nella colite m.-m. si tratti di un disturbo del sistema nervoso neurovegetativo, disturbo per sua natura a ripercussione assai ampia.

Ricorda infine l'O. anche per il suo valore pratico l'associazione — bene messa in rilievo da Micheli — di lesioni apicali specifiche, attive o spente, al quadro della colite m. m., alle quali lesioni sono generalmente da ricondursi quelle febbricole che alle volte s'accompagnano a tale affezione e che da molti medici ancora sono considerate di natura intestinale.

Ritiene l'O. che nella cura della gastrite mucosa possano recar giovamento gli alcalini.

Rivelazione radiologica di un caso di probabile cisticercosi umana.

Prof. ARMANI (Biella). — L'O. espone il caso di una donna cinquantenne, inviatagli all'esame radiografico per sospetta osteomielite del femore, mentre invece si trattava di ascesso da probabile suppurazione di trichina incapsulata e calcificata. Le radiografie di varii segmenti del corpo, dimostrano la presenza di numerosi piccoli corpi allungati, calcificati, nello spessore dei muscoli striati. La diagnosi di trichiniasi si basa su tale reperto, sui dati anamnestici (ingestione di carne di maiale cruda con disturbi gastro-intestinali) e su alcuni dati obbiettivi.

Note su alcune esperienze fatte col cuscinetto radioforo.

Prof. ARMANI (Biella). — L'O. presenta diverse pellicole radiografiche impressionate dall'esposizione al cuscinetto radioforo. Dopo 8 ore si ha già l'impressione, che è, fotograficamente, ottima alla 12ª ora. Egli ha poi curato fin'ora sei casi, mentre altri ne ha in cura, ottenendo i migliori risultati negli attacchi di gotta semplice, nelle nevralgie e dolori reumatici.

Gravidanza extrauterina recidivante.

Dott. NOÈ (Novara). — L'O. riferisce un caso di gravidanza tubarica recidivante. Il caso fa richiamare all'O. le più recenti teorie sull'etiologia dell'impianto tubarico dell'uovo specie quella di Sfameni sulla migrazione indiretta.

L'inf. ebbe per il passato un fatto annessiale bilaterale precedente alla 1ª gravidanza tubarica: tale constatazione lo autorizza a considerare in questo caso, condizioni flogistiche annessiali, come punto di partenza sia della 1ª che della 2ª gravidanza tubarica.

Su un caso di nefrite interstiziale.

Prof. PIERO FORNARA. — L'O. ricorda la bibliografia — da lui raccolta — in una recente rivista sintetica, dei rari casi di sclerosi renale primaria infantile di cui riunì 78 casi, uno solo dei quali nella letteratura italiana: espone un caso osservato in bambino di 7 anni e mezzo, che presenta poliuria e pollachiuria (datante dal 1° anno di vita): 15 giorni fa ebbe breve *poussée* d'ematuria: attualmente presenta: ipertensione (175 Mx), cuore aumentato di volume, reperto oftalmoscopico di retinite albuminurico-emorragica; aumento dell'azoto residuo del sangue, capacità di concentrazione e di diluizione renale quasi abolite. L'O. discute sulla probabile eziologia di questo caso in cui la madre ha Wassermann positiva ed in cui il padre fu 8 anni fa operato di nefreotomia per pionefrosi.

Presentazione di un caso di eritema nodoso con albuminuria.

Prof. PIERO FORNARA. — L'O. presenta il caso di una bambina di 6 anni che da 8 giorni ha febbre con comparsa di elementi tipici di eritema nodoso alle gambe ed elementi papulo-eritematosi disseminati per il resto del corpo: la cutireazione tubercolinica è fortemente positiva. La B. presenta anche albuminuria con orine torbide e numerosi leucociti con cellule pielo-vescicali.

L'O. espone la bibliografia dei vari casi di E. N. con albuminuria (Ernberg, Comby, Meynier) a tipo glomerulo-nefritico, notando che nel suo caso l'albuminuria ha i caratteri di una pielocistite, termina ricordando la propria concezione che fa dell'E. N. una malattia infettiva che può presentare varie complicazioni e che talora è epidemica, e che nei soggetti tbc. allergici si presenta con il tipico elemento nodulare.

Sulle cosidette Wassermann oscillanti.

Prof. M. ARTOM. — L'O. espone i risultati dell'osservazione personale relativa alle anomalie ed ai paradossi che la reazione di Wassermann può in alcuni casi presentare. In primo luogo si sofferma su un gruppo di fatti riferentisi ai malati che, nonostante le cure più regolari ed efficaci presentano delle reazioni irriducibilmente positive e nei quali qualche volta appaiono, senza causa apparente, delle brevi fasi di negatività.

In secondo luogo riferisce esempi di piccole crisi di positività della Wassermann in individui regolarmente trattati e nei quali la reazione d'a-

bitudine è negativa; positività che è assolutamente ingiustificata.

In terzo luogo, accanto a questo fenomeno che consiste in passeggere oscillazioni, tratta di un gruppo di reazioni di Wassermann paradossali determinate da oscillazioni di positività e di negatività lente e prolungate e pure esse senza giustificazione.

Accenna alla difficoltà di dare una spiegazione teorica di tali fenomeni e ne trae deduzioni pratiche dimostrando che se le reazioni sierologiche portano un prezioso aiuto nello svelare la sifilide, a questo si riduce il loro ruolo, ma che basarsi esclusivamente su di esse per trarre un prognostico e regolare una terapia, o volere da esse un giudizio quantitativo della gravità dell'infezione, non è scientifico.

L'ematuria nelle malformazioni renali.

Dott. R. RINALDI. — L'O. fa considerare le difficoltà tecniche che si incontrano nello stabilire la diagnosi di sede dell'ematuria nei casi di malformazione del tratto escretore alto, e presenta due ematurici, nel primo dei quali la pieloscopia, disegnando a destra un doppio uretere non prima diagnosticato, annullò totalmente il valore dei dati funzionali raccolti col cateterismo bilaterale semplice, mentre nel secondo la presenza a destra di un uretere doppio ed a sinistra di un uretere bifido, impedì la determinazione esatta della sede dell'ematuria che grossolanamente poteva essere giudicata sinistra. Presenta i relativi documenti radiografici.

Le associazioni bacteriche del bacillo di Ducrey.

Dott. FERRERO (Novara). — L'O. ha studiato la flora batterica dell'ulcera venerea allo scopo di determinare quali germi in questa si associano al B. di Ducrey e quale importanza essi abbiano nell'evoluzione e per le complicanze dell'ulcera. In 16 casi di ulcera venerea ha trovato diversamente associati: 7 volte lo stafilococco aureo, 4 volte l'albo, 2 volte lo streptococco, 2 volte un cocco polimorfo gram-positivo, 1 volta un diplococco gram-negativo, 4 volte il colibacillo, 1 volta il piocianeo, 6 volte dei banali spirilli.

In 3 ulcere da autoinoculazione sperimentale trovò una sola volta lo stafilococco aureo.

Divide dal punto di vista pratico: 1) le associazioni bacteriche banali; 2) le associazioni con germi speciali, capaci di modificare il decorso dell'ulcera, riferendo gli esempi trattati dall'osservazione personale. A parte tratta più a lungo delle ulcere miste, dovute cioè a B. di Ducrey ed a spirocheta pallida, esponendo le modalità con cui queste si presentano ed evolvono.

Fibrotorace tubercolare.

Dott. TOCCO (Novara). — L'O. dopo aver esposto gli elementi che caratterizzano il fibrotorace tbc. e ne permettono la diagnosi, presenta copie radiografiche che illustrano casi clinici e conclude essere il fibrotorace una entità clinica rispondente ad un processo se non di guarigione, di estrema involuzione di un processo tbc. iniziato quasi sempre in modo acuto e giunto molto spesso alla cavernizzazione. Il fibrotorace insorge sopratutto per condizioni favorevoli di terreno quando queste sono sorrette ed aiutate da una lunga degenza ospitaliera. Però, considerando la possibilità di risveglio, anche assai tardivo di lesioni sclerotizzate non si deve rinunciare a quegli interventi (pneumotorace artif. cure chirurgiche) che applicati precocemente raggiungono effetti terapeutici più stabili e favorevoli.

L'uroselectan nella pratica ospedaliera.

Dott. LAVATELLI (Novara). — L'O. dopo aver accennato all'impiego ed alla tecnica del nuovo metodo di pielografia endovenosa con l'Uroselectan, espone alcuni casi di tbc. e calcolosi renale sottoposti a tali indagine, e mette in rilievo l'utilità del metodo specialmente per la valutazione delle condizioni secretorie ed escretorie dell'apparato urinario.

Il Segretario: Dott. RINALDO RINALDI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini".

Seduta del 3 maggio 1930.

L'organizzazione scientifica della lotta antitubercolare.

Prof. RAMOINO (Genova). — Si riporta alle disposizioni legislative emanate dai governi di Lucca e di Firenze tendenti a fare opera di profilassi antitubercolare, disposizioni cui anche oggi ci dobbiamo inspirare e riportare per impostare razionalmente la lotta antitubercolare. Tratta dei vari modi di infezione e di reinfezione tubercolare in rapporto ai vari problemi di profilassi individuale e collettiva, combattendo concetti ormai superati, sia dal lato scientifico che pratico. Con serrate argomentazioni, dedotte da lunga esperienza anatomo-patologica e clinica, combatte il pregiudizio che la tubercolosi sia malattia inguaribile. Tratta della organizzazione scientifica della lotta antitubercolare: centro e fulcro di lotta i Dispensari fissi, dotati di mezzi adeguati e affiancati da opere collaterali di cura e di profilassi. Profilassi specialmente infantile, volta a proteggere gli esposti al contagio, istituzione di nidi per neonati da madri tubercolose, colonie marine e montane, laboratori per giovani operaie predisposte, refettori, ecc. Illustra tutta l'opera delle visitatrici e la loro importanza nella lotta antitubercolare.

Seduta del 10 maggio 1930.

Alcuni aspetti dell'infezione tubercolare nell'infanzia.

Prof. FIORE (Pisa). — Si ferma sulle manifestazioni subdole della tubercolosi nel bambino, nel quale la subdola aggressione, se superata, diventa utile episodio vaccinante. Oltre le lesioni classiche considera le manifestazioni dovute all'azione del virus tubercolare filtrabile, che ritiene abbia una particolare importanza proprio nell'infanzia. Ricorda gli stati atrofici di certi bambini eredo-tubercolosi, certe febbri di ignota natura, manifestazioni ghiandolari, sierose cutanee, e i legami fra manifestazioni da ultravirus

e quelle bacillari e il passaggio dalle prime alle seconde. Rileva i dati diagnostici e la importanza di certe manifestazioni nel campo immunitario.

Seduta del 10 giugno 1930.

La vaccinazione Calmette nel brefotrofio di Pistoia.

Dott. MAGNI (Pistoia). — Non ebbe mai a riscontrare manifestazioni dovute a infezione tubercolare, ma potè osservare dei fatti a tipo setticemico gravi, oppure degli stati di atrofia indipendenti da alterazioni dell'apparato digerente; nè gli uni nè gli altri, causati dal bacillo tubercolare. Espone i seguenti dubbi: 1) che il vaccino antitubercolare B. C. G. in speciali casi possa determinare uno stato di anergia tale, da rendere l'organismo vittima anche di germi, banali, che si sieno trovati nell'ambiente e che non sarebbero stati capaci di recar danno a bimbi posti nelle stesse condizioni ma non vaccinati; 2) che la vaccinazione possa facilitare per un certo periodo di tempo la mobilitazione e la diffusione dei germi infettivi nell'organismo del vaccinato, quando in esso si verifichino comuni infezioni, abitualmente a carattere locale, rendendole così più gravi e pericolose; 3) che forse in qualche caso o la reazione cellulo-umorale, o forse l'esistenza nel vaccino di virus ultramicroscopico possa valere ad aggravare lo stato di debilità dell'organismo, sì da determinare alcuni speciali stati di atrofia. Conclude che la vaccinazione non può essere dichiarata del tutto innocua. Sarebbe opportuno vedere che un determinato dosaggio del vaccino in rapporto coi caratteri individuali del soggetto, non potesse evitare dei danni. Ritiene opportuno sospendere la vaccinazione in ogni periodo di epidemia, anche grippale, specie in luoghi di ricovero, e di porre i vaccinati per un certo tempo al riparo da ogni causa morbigena, e da ogni contagio.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 18 giugno 1930.

Presiede il Prof. COLETTI.

Dell'importanza e del significato di alcune aflezioni del naso faringe nel lattante.

Prof. BRISOTTO. — La rinite cronica del lattante, ritenuta a torto catarrale, è spesso di natura luetica. Mostra alcuni preparati con reperto positivo del treponema nella tonsilla faringea di lattanti eredoluetici e viene alle seguenti conclusioni:

1) come non si debba parlare di rinite luetica ma di adenoidite luetica;

2) che la sordità nel periodo terziario può ricollegarsi indirettamente alla stessa adenoidite, e che l'otite media sifilitica è l'epifenomeno delle lesioni specifiche del cavo naso faringeo;

3) una grave iperplasia della tonsilla faringea nel lattante deve farci sempre pensare alla lue da ricercarsi anche quando i genitori, sembrino sani e manchino altre stigmate, poichè l'eredolue è spesso senza sintomi e si manifesta tardivamente appunto perchè ci sfuggono i segni rivelatori.

Di un caso interessante di otite tubercolare.

Prof. BRISOTTO. — L'O. riferisce il caso clinico di una donna cinquantenne con sindrome complessa nella quale il dolore provocato dagli spostamenti laterali della testa, il dimagramento, il rialzo termico serotino potevano trarre in errore specie per la presenza di una tumefazione retrofaringea che faceva sospettare un morbus Pott. Alla paziente che soffriva dolori all'orecchio d. e ronzii e che pur presentava un quadro timpanico normale fu consigliato l'intervento sulla mastoide ed incisione dell'ascesso freddo alla parete faringea. Fu riscontrato all'atto operativo mastoide eburnea per osteite condensante e nella parte alta della stessa una cavità a pareti liscie piena di pus caseoso, la quale per l'*aditus* comunicava all'orecchio medio mentre in un punto la meninge era allo scoperto.

Così il relatore spiega la cefalea, e colla riacutizzazione del processo anche le otalgie coincidenti probabilmente col vuotarsi dell'ascesso freddo attraverso la cassa e la tuba.

Una cavia alla quale fu iniettato il pus morì in settima giornata e nel liquido peritoneale fu messo in evidenza il bacillo di Koch.

A proposito di un tumore cerebrale.

Prof. TRAMONTINI. — L'O. espone l'interessante caso relativo ad una sua ammalata presentante sindrome cerebrale a focolaio e i cui sintomi principali preceduti da cefalea, vomito, ottundimento mentale erano: emiplegia destra senza fatti convulsivi, perdita della favella, ipoestesia sinistra, ptosi palpebrale sinistra, paralisi del facciale destro con integrità dei muscoli oculari e iridei, presente il Babinski e l'Oppenheim tardivo a destra, papilla da stasi a sinistra. In base a questi sintomi pur facendo osservare l'O. la mancanza di alcuni controlli diagnostici preziosi (reazione di Wassermann, radiografia, avendo egli osservato il caso nell'immediato dopo guerra) pone la diagnosi di tumore cerebrale e con dialettica serrata esclusa la sede dello stesso nei lobi frontali, parietali e temporali lo localizza nei gangli della base di sinistra e nella porzione posteriore della capsula interna con compressione del peduncolo corrispondente.

L'O. lamenta il mancato permesso del controllo anatomico.

Il Segretario: Dott. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Nota sul metabolismo dei tumori.

Da ricerche di Otto Warburg e suoi collaboratori risulta che il metabolismo della cellula del tumore consta di due funzioni, la respirazione e la glicolisi. Poi si vide che la glicolisi è proprietà di vari tessuti animali, poichè in assenza di ossigeno ogni tessuto animale produce acido lattico dai carboidrati, sebbene ogni diverso tipo di tessuto ne produca una quantità differente. Per un certo tempo parve che la ragione della crescita maligna fosse la insufficiente respirazione del tessuto tumorale per cui non si poteva impedire lo sviluppo di acido lattico. Certamente il tumore produce acido lattico anche in stato aerobico, mentre l'embrione ha poca o nulla glicolisi aerobica. Si vide che i tumori benigni occupano una posizione intermedia fra tessuto a sviluppo normale e quello a sviluppo maligno.

Successivi lavori dimostrarono che anche i tumori maligni possono avere ampia respirazione. Dickens e Simer (*The Lancet*, 5 luglio 1930) hanno voluto fare delle ricerche in proposito e in particolar modo sul metabolismo ossidativo dei tessuti. Essi non hanno potuto stabilire la proporzione di carboidrati usati dai tessuti normali e patologici nell'ossidazione nè dire se c'è proporzione fra la quantità di carboidrati usati nell'ossidazione e il potere del tessuto a formare acido lattico dai carboidrati, nelle loro prime ricerche. Però hanno potuto poi migliorare la tecnica e stabilire che nel tessuto normale il quoziente respiratorio ha rapporto colla glicolisi anaerobica, mentre nei tumori, nonostante l'elevato catabolismo anaerobico degli idrati di carbonio, l'ossidazione dei carboidrati è scarsa. Questi risultati non si possono spiegare collo scarso contenuto di insulina nei tessuti tumorali, perchè l'aggiunta di insulina non modificava questo comportamento del ricambio tessurale.

R. LUSENA.

Osservazioni cliniche e sperimentali sulla sensibilizzazione e desensibilizzazione alle radiazioni luminose.

È di osservazione comune che l'esposizione della cute alle radiazioni luminose produce una irritazione, la quale in successive esposizioni è sempre minore della prima volta.

Questa diminuita reazione cutanea o desensibilizzazione non ancora ha trovato una sufficiente spiegazione; anche la maggiore pigmentazione invocata da alcuni a spiegazione del fenomeno, non resiste a tutte le critiche.

Ricerche sperimentali in tal senso sono state fatte per spiegarne l'intimo meccanismo, e F. Flarer (*Arch. It. Derm., Sifil. e Ven.*, f. VI, maggio 1930) pigliando lo spunto da due casi con eritema cutaneo da radiazione solare, ha istituito una serie di ricerche per portare un contributo all'argomento.

Egli si è servito del liquido estratto dalle bolle dell'eritema, e che iniettava in altri pazienti normali, sottoposti poi alle applicazioni cutanee di raggi ultravioletti con la lampada Kromayer.

Dalle ricerche emerge che il liquido contenuto nelle bolle d'una dermite legata all'azione dei raggi solari si dimostra capace di azione ipersensibilizzante alla luce, se iniettato intradermicamente in soggetti normalmente reagenti alla luce stessa. Tale azione, perchè si esplichi, ha bisogno d'un intimo contatto del liquido con l'epidermide del soggetto. Il tempo necessario allo stabilirsi dell'iperreattività oscilla da 5 a 48 ore; in due casi era presente dopo 8 giorni; essa è strettamente locale e specifica, in quanto il siero di sangue degli stessi malati, non dava alcun segno di ipersensibilità, se iniettato nelle stesse condizioni di esperimento.

Come conclusione l'A. avanza l'ipotesi che la desensibilizzazione, manifestantesi in successive irradiazioni, dipende da modificazioni dell'epidermide che appunto per l'irradiazione stessa diverrebbe meno permeabile ai raggi luminosi.

La sensibilizzazione invece è un fenomeno più complesso, forse da riportare all'azione opposta, cioè ad una maggiore penetrazione dei raggi.

CARUSI.

SEMEIOTICA.

La diagnosi delle malattie site nella metà destra dell'addome.

Le malattie della cavità addominale sono le più difficili a diagnosticare; ma mentre la metà sinistra dell'addome spesso presenta una sintomatologia evidente in casi di lesioni, la metà destra invece è irta di difficoltà diagnostiche.

Concorre principalmente a stabilire tale difficoltà, dice H. W. Carson (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 49, dic. 1929) la proteiforme attività dell'appendice, alla quale spesso si attribuisce l'origine d'una lesione o d'un dolore che non ha nulla a che vedere con l'appendice.

Un altro organo che complica la diagnostica della metà destra è la cistifellea; è tradizionale come non sia punto facile qualche volta stabilire se la sede del dolore sia in dipendenza

della cistifellea o del duodeno, dato anche gli intimi rapporti che esistono tra i due organi.

È più facile, secondo l'A., prendere una colecistite per un'ulcera duodenale, che viceversa; infatti la sintomatologia dell'ulcera duodenale se ha dei punti di somiglianza con la colica biliare, difficilmente si manifesta con i violenti accessi dolorosi che caratterizzano questa. Maggiori difficoltà sorgono nel periodo di latenza per una diagnosi differenziale tra le due lesioni. In tal caso bisogna dare importanza a tre fatti: 1) la storia dell'attacco; 2) i sintomi del periodo intervallare (nei casi di u. d. spesso il p. non ha sofferenze, in caso di colelitiasi persiste dispepsia, flatulenza e dolore ottuso alla spalla D.); 3) l'esame dell'addome. La ricerca del sintomo di Murphy è di grande giovamento per mettere in evidenza il dolore dipendente da colelitiasi.

Dopo tale ricerca clinica, si passa a quelle di laboratorio, principale quella radiografica, la quale dà utili indicazioni, se non assolute, sulla esistenza d'un'ulcera duodenale, e sullo stato della cistifellea.

L'esame chimico del contenuto gastrico, anche se fatto frazionatamente, non dà risultati importanti, mentre il metodo di Meltzer-Lyon può fornire indicazioni interessanti così nell'ulcera duodenale come nelle malattie della cistifellea.

Anche i calcoli di ossalato possono accompagnarsi ad una sintomatologia tale da simulare un'appendicite od una occlusione intestinale, e di tali casi è riferito qualche accenno.

Un'altra diagnosi differenziale va fatta tra l'appendicite e alcune malattie dei reni.

È difficile confondere un ascesso perirenale ematogeno con un ascesso appendicolare retrocecale; ma è difficile distinguere un'appendicite retrocecale da una pielite ascendente acuta in una gravida, specialmente se il rene non funziona più, e quindi non v'è piuria. I sintomi più importanti della pielite sono: 1) la dolorabilità dell'angolo costo-vertebrale; 2) il brivido iniziale; 3) una temperatura elevata.

Dei dolori localizzati alla fossa iliaca destra bisogna distinguere quelli spontanei da quelli provocati con la pressione; i secondi sono più limitati e forniscono criteri più sicuri; i primi invece sono vaghi ed in rapporto alla costituzione del paziente.

Molte indicazioni può fornire la storia del paziente, la quale può attirare la nostra attenzione per es. verso una lacerazione dell'obliquo esterno o un'ernia, oppure far sospettare un'appendicite o una enteroptosi con tutto il grave corteo sintomatologico che accompagna tale disturbo.

A proposito dell'enteroptosi bisogna ricordare che talora anche nei normali si può trovare un colon trasverso che giunge alla pelvi in posizione eretta; lo stato patologico è denunziato alla radioscopia dai segni d'una fissazione anormale e della ritardata funzione.

La linfadenite mesenterica tubercolare può simulare l'appendicite, specie nei bambini, ed il sintomo principale è il dolore colico.

CARUSI.

CASISTICA.

Gli incidenti della prima dentizione.

L'eruzione dei primi denti si accompagna frequentemente ad incidenti di cui si è voluto, a torto, negare il rapporto con la dentizione.

P. Muller (*Journ. de méd. de Paris*, 1° maggio 1930) osserva che, sintomo comune di tali incidenti è la febbre, spesso leggera, talora intensa; il bambino è agitato, piagnucoloso, porta spesso la mano alle gengive. Si distinguono tre forme:

1) *polmonare*. — Si ha più spesso in inverno; il bambino ha tosse, all'ascoltazione si osserva della bronchite banale e talora delle zone di congestione, in tal caso la temperatura è più elevata.

2) *digestiva*. — Più frequente d'estate: diarrea verde classica, talora dei vomiti (gastro-enterite banale); talvolta semplice « liquefazione » delle feci, tal'altra, enterite mucosa.

3) *nervosa*. — Che si osserva in tutte le stagioni, in bambini ad eredità nevropatica. Si manifesta con convulsioni, generalmente croniche, con le modalità coreiformi ed atetosiche.

Il nesso fra l'eruzione dentaria e tali disturbi deve intendersi nel senso che la prima, forse per il dolore che provoca, mette il bambino in uno stato di minore resistenza e lo rende più facile preda dell'infezione, dovuta all'esaltamento di virulenza di un microbo latente.

Gli incidenti della dentizione si osservano nell'eruzione di qualsiasi dente e sono più spiccati nel caso di eruzione simultanea di più denti.

Il trattamento varia secondo le forme. In quella polmonare, si farà una leggera rivulsione e si somministreranno degli sciroppi calmanti ed espettoranti; se vi è congestione polmonare, si farà una rivulsione più intensa e si daranno dei preparati ammoniacali.

Nelle forme gastro-intestinali, il regime costituirà la base del trattamento: proscrizione del latte, che si sostituisce con brodi vegetali.

Nelle forme nervose, il bromuro di calcio (sorvegliare la posologia!) ed i bagni tiepidi. Nel caso di forte febbre, ghiaccio sulla testa, eventualmente suppositori di chinina.

Frizioni sulle gengive, dolci, prolungate e ripetute, con le dita bagnate con qualche sciroppo da dentizione.

fil.

Osservazioni su alcuni ritardi della deambulazione nei bambini.

A. Borrino (*Clin. ed Ig. Infantile*, a. V, n. 2, 1930), sulla scorta di 8 osservazioni personali mette in rilievo i danni che possono aversi in alcuni bambini nell'età dello sviluppo psicomotorio, qualora venga trascurata l'adatta cura delle funzioni connesse allo sviluppo stesso.

Ciò spiegherebbe perchè dei bambini da 2 a 6 anni possono notevolmente ritardare ad avere una deambulazione regolare, benchè il loro sistema nervoso e gli organi destinati al movimento siano del tutto immuni da malattie. Tale ritardo, poi, persiste a lungo, divenendo sempre più grave e difficile ad essere vinto.

L'A. propone di chiamare l'insieme di questi fenomeni da ritardo col nome di: sindrome atassica da ritardo.

Si tratterebbe, in complesso, di una insufficienza funzionale, la quale può essere guarita cercando di modificare lo stato emotivo del bambino e di rieducare i suoi apparati locomotori.

M. FABERI.

Esistono una quarta, quinta e sesta malattia?

Ne tratta H. Rietschel (*Mediz. Klin.*, n. 14, 1930). La cosidetta quarta malattia assomiglia molto alla scarlattina; essa se ne distingue per il carattere mite. L'entità nosologica di questa malattia non resiste però alla critica; i casi descritti col nome di quarta malattia non sono che forme lievi di scarlattina; in alcuni casi si trattava fors'anche di altre malattie esantematiche, specialmente rosolia. Casi ed epidemie di scarlattina particolarmente lieve sono infatti ben noti. Stabilito quindi che non esiste una quarta malattia non si può nemmeno parlare di una quinta ed una sesta malattia.

Le malattie designate con questo nome sono entità nosologiche definite che vanno chiamate col loro nome vero, cioè la prima « eritema infettivo », la seconda « esantema improvviso ». L'eritema infettivo si accompagna ad un esantema polimorfo, maculo-papuloso, spesso confluente.

Le regioni più colpite sono sempre il viso e le parti estensorie delle estremità. Nel corso della malattia l'esantema assume un colore rosso sempre più scuro, e specialmente all'estremità un aspetto marmorizzato. Lo stato generale è poco compromesso. L'esantema improvviso è il nome che designa una malattia che colpisce a preferenza lattanti e bambini nei primi due anni di vita. Essa è caratterizzata da febbre alta della durata di 3-4 giorni, che cade in modo critico; dopo lo sfebbramento compare un esantema morbilliforme, specialmente al tronco. Non si ha desquamazione.

E' caratteristico il quadro ematologico che dimostra un notevole aumento dei linfociti e dei monociti. La febbre si accompagna a lievi manifestazioni catarrali, di modo che il quadro clinico è molto simile a quello della grippe leggera: durante lo stato febbrile c'è una lieve leucocitosi. La malattia non è molto contagiosa; si sono osservate però delle infezioni familiari.

Ancora non è ben stabilito se si tratti di una malattia a sè oppure di una grippe con esantema.

POLLITZER.

TERAPIA.

Le cure jodiche nella tubercolosi polmonare.

Lo jodio è stato variamente apprezzato nei diversi tempi per la cura della tubercolosi polmonare ed anche ora l'accordo è ben lungi dall'essere ottenuto. Sono anzitutto da escludersi gli joduri, ed in ciò tutti sono d'accordo; per quanto riguarda lo jodio metalloide, è necessario considerare la sua azione singolarmente sul bacillo, sulle tossine e sul terreno del tubercoloso.

In rapporto all'azione sul bacillo, si può dire che non esistono prove sperimentali che dimostrino che lo jodio impedisca od attenui lo sviluppo della tubercolosi nell'animale, per quanto la ricerca sia stata fatta ripetutamente.

Così pure, nella prova che esso abbia una qualche azione distruttiva sulle tossine. Nell'organismo tubercolare, però esso può stimolare l'antergia cellulare ed umorale antibatterica e forse anche antitossica, mediante un aumento dei consumi organici.

Le *indicazioni* dello jodio sono così riassunte da G. Breccia (*Riv. ital. di tub. e di difesa sociale*, maggio 1930): 1) forme fibrocaseose nodulari confluenti o disseminate; 2) forme prevalentemente fibrose zonali o diffuse, purchè si tratti di forme ipotossiche, ipodistrofiche, a lento decorso; 3) stati pretubercolari, cioè distrofici, emodisplasici, subfebbrili, con i segni della impregnazione tubercolare.

Le *controindicazioni* si trovano nei tubercolotici evolutivi, facili a congestioni, ad elevazioni febbrili alte, ovvero durevoli, nelle forme avanzate, cachettiche, od acute (granulia polmonare o polmonite caseosa), o forme con sensibile instabilità circolatoria, in cattivo stato epatorenale.

In generale, sembra che cedano allo jodio quelle forme che cederebbero, prima o poi, alla fisiodietoterapia sanatoriale, quindi le forme benigne che, anche abbandonate a se stesse, finiscono poi per sclerosarsi e circoscriversi. La cura jodica faciliterebbe ed accelererebbe il processo; però, se non si ha ripresa di peso, di appetito, diminuzione di temperatura o di tosse e di espettorato, non conviene insistere.

In complesso, i guadagni clinici sono contestabili.

Giustamente però l'A. richiama l'attenzione del medico sugli *effetti spiacevoli*. Sicura è, malgrado opposte affermazioni, l'azione congestionante e sicurissime sono le emottisi da jodio, nonchè la possibilità di riaccensione delle lesioni. È probabile che, nei casi in cui lo jodio è benefico, esso agisca come la tubercolina congestionando e provocando reazioni locali. Inoltre, è positiva l'azione ipertiroidizzante dello jodio, per cui si deve contare sopra un aumento dei consumi, quindi la sua somministrazione, ad ogni modo, si farà soltanto nelle forme torpide e fino a che sono tali.

Le diverse vie di somministrazione sono:

1) *respiratoria*, 3-20 gocce di soluzione jodojodurata al 3-6 % in acqua bollente, per inalazione di vapori; 5 giorni di riposo ogni 15; oppure iniezioni di lipjodol per via endotracheale. L'azione è locale sui focolai aperti ed in via di evacuazione, si tratta di una cura irritante e non tollerata da tutti;

2) *digerente*, a gocce crescenti di tintura di jodio nel latte, si forma una caseina jodata al 7-8 %. Alcuni arrivano a dosi fantastiche; in generale, passate le 100 gocce, si hanno dolori gastrici, nausea, vomito, che impediscono il proseguimento della cura. In genere, si tratta di una cura sconsigliabile perchè è necessario risparmiare lo stomaco del tubercolotico;

3) *parenterale*, vi sono numerosissime formule che, se contengono poco jodio, possono essere continuate per un po' senza fastidi.

In complesso, poche speranze può dare la cura jodica, da usarsi tutt'al più in pazienti che non temano riprese; però si sono osservate guarigioni in casi gravissimi, si potrà anche tentare in questi... *sub specie desperationis.* *fil.*

L'actinoterapia nella tubercolosi chirurgica.

L. G. Dufestel (*Bull. Médical*, 24 maggio 1930) distingue, dal punto di vista dell'actinoterapia, delle forme actino-sensibili, che risentono da essa notevoli benefici e delle forme actino-resistenti, in cui essa non può avere che un effetto coadiuvante. Di regola, ad ogni modo, l'actinoterapia può sempre essere tentata nella tubercolosi chirurgica, sia per il suo effetto tonico generale, sia come irradiazione locale, la quale ha l'effetto di indurre nella lesione *fredda* delle reazioni infiammatorie che indicano la reazione dell'organismo contro l'infezione e la vitalità dei tessuti.

Per quanto riguarda la tecnica d'applicazione, è anzitutto necessario seguire le regole generali che comprendono il bagno generale ultravioletto e le consuete prescrizioni igieniche dietetiche e medicamentose (jodio, olio di fegato di merluzzo, glicero-fosfati, ecc.), nonchè la cura climatica (marittima o montana, secondo i casi).

Per le singole forme, si terranno presenti le seguenti indicazioni:

Adenopatie tubercolari. — Nelle forme con suppurazione, fistolizzate o non: bagno locale con lampada ad arco, in quelle dure, raggi X localmente o fortissime irradiazioni locali con la lampada a vapori di mercurio.

Tubercolosi peritoneale. — Irradiazioni locali della parete addominale anteriore a dosi fortemente eritematose con la lampada ad arco. Nelle forme ascitiche, bagni locali di luce rossa.

Tubercolosi osteo-articolare. — Intervento chirurgico cruento ridotto al minimo, puntura delle raccolte, se vi è necessità, immobilizzazione.

Sui focolai ossei od osteo-articolari, irradiazione locale con l'arco o la luce rossa.

Tubercolosi renale. — Eccezionalmente, nel trattamento delle fistole dopo la nefrectomia, applicazioni locali a dosi fortemente eritematose sulla regione lombare. La brevità del tragitto ed il suo calibro permettono l'eliminazione rapida della suppurazione se il trattamento è applicato a tempo, cioè nelle tre settimane dopo l'operazione.

Tubercolosi epididimo-testicolare. — Nei casi d'idrocele o di infezione secondaria del focolaio fistolizzato, applicazioni locali d'arco o di luce rossa.

Fistole tubercolari. — Non irradiare mai localmente l'orificio esterno di una fistola anale; far praticare l'escissione del tragitto ed irradiare il fondo della ferita operatoria con dosi locali molto forti. Nell'intervallo fra le sedute, uno stuello impedirà ogni cicatrizzazione intempestiva.

La durata del trattamento è variabile secondo le forme e la loro localizzazione; le forme più lunghe a guarire sono quelle osteo-articolari delle grandi articolazioni, che possono esigere parecchi semestri. Invece, in certe adeniti fistolizzate ed in certe tubercolosi osteo-articolari superficiali, la guarigione può aversi in qualche settimana.

Non bisogna poi dimenticare che l'actinoterapia costituisce un agente profilattico di primo ordine e che, specialmente per gli individui giovani che vivono in ambiente tubercolare o sono deboli costituzionalmente, si dovrebbe ricorrere all'irradiazione sistematica, tanto più che non tutti questi possono godere dei benefici delle cure marine o montane.

IGIENE.

Il latte all'acido citrico nell'alimentazione infantile.

Gonce e Templeton (*Amer. Journ. dis. of children*, 1930, p. 265), in uno studio completo sull'argomento, trovano che la ragione principale dell'uso del latte all'acido citrico sta nella facilità di preparazione.

La concentrazione idrogenionica del contenuto gastrico, all'acme della digestione, in bambini nutriti con tale latte era di 3,72 nei normali e di 4,15 negli anormali.

Ai bambini, a quanto sembra, il latte all'acido citrico piace; esso non determina mai vomito. Tali bambini, sia all'ospedale che nella pratica privata, guadagnano di peso più di quanto ci si aspetterebbe generalmente. Le loro feci sono pastose o consistenti e sono un po' più frequenti che nei bambini nutriti con le consuete diluizioni di latte. L'acido citrico, nella quantità di 4 grammi per litro circa, non ha mai mostrato azione tossica sui reni.

Gli AA. ritengono che il latte all'acido citrico, per il fatto di essere facilmente accetto e per i suoi buoni risultati, sia da considerarsi uguale a quello all'acido lattico, mentre ha, su questo, la superiorità della maggior facilità di preparazione specialmente nei distretti rurali e dove non vi sia del ghiaccio a disposizione. *fil.*

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza igienica sugli alimenti e le bevande.

Vino, birra, liquori, aceto.

L'importanza che ha il *vino* come bevanda di largo consumo e la somma di interessi economici che esso rappresenta, come principalissimo fra i prodotti della nostra agricoltura, ha indotto il legislatore ad emanare numerosi provvedimenti diretti a garantire la salubrità ed a tutelare la genuinità di una bevanda, che così facilmente si presta ad adulterazioni ed a frodi commerciali. Oltre le disposizioni del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, e di quello speciale 3 agosto 1890, ricorderemo solo il decreto-legge luogotenenziale 12 aprile 1917, n. 729 (concernente la preparazione, la vendita e il commercio dei vini), col relativo regolamento 21 febbraio 1918, n. 316, i quali sono stati sostituiti, dalla parte relativa al vino della legge e del regolamento per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio di sostanze di uso agrario e di prodotti agrari (R. decreto-legge 15 ottobre 1925, n. 2033 e R. decreto 1° luglio 1926, n. 1361).

Il regolamento 3 febbraio 1901 (art. 122) si limita a proibire la vendita, con la qualifica di *vini naturali*, dei vini contenenti solfati in quantità superiore al 2 per mille, quando non si tratti di vini di lusso con almeno il 15 % in volume di alcóol; i vini comuni col suddetto tenore di solfati devono esser venduti coll'indicazione di *vini gessati*. Il regolamento 3 agosto 1890 (art. 137-141) vieta la vendita del vino sensibilmente alterato per malattia, e di quello avariato notevolmente per sapore di muffa o simili, o contenente sostanze nocive. È ammesso il trattamento conservativo, e la successiva vendita, di vini contenenti germi di malattie, ma non ancora sensibilmente alterati. È vietata l'aggiunta al vino di sali solubili di bario, magnesio, alluminio, piombo, di glicerina, di acido salicilico o solforico, di alcool etilico impuro, di zucchero, fecola, saccarina e di materie coloranti artificiali.

Come per altri prodotti agrari, il decreto-legge 15 ottobre 1925, dà la definizione del *vino* riservando questo nome al prodotto della fermentazione alcoolica del mosto di uva fresca o leggermente appassita in presenza od in assenza di vinacce, e considera come *non genuini* tutti i vini non corrispondenti a tale definizione. La produzione a scopo di commercio e la vendita di vini non genuini è vietata. Quando però detti vini abbiano un grado alcoolico inferiore al 9 % se rossi e all'8 % se bianchi, la vendita è permessa, a condizione che sia indicata e documentata la provenienza dei vini e purchè la loro composizione corrisponda a quella dei vini della medesima località e della stessa annata.

E' proibita la detenzione delle vinacce, salvo che per distillazione, per alimentazione del bestiame o per uso industriale. È permessa però la detenzione delle vinacce, per prepararne i vinelli e per il governo dei vini all'uso toscano, limitatamente al periodo di tempo da stabilirsi, anno per anno, dal Prefetto della provincia, entro il mese di settembre. Sono permessi il commercio e la vendita del *vinello* ottenuto dalla fermentazione o dall'esaurimento con acqua delle vinacce di uva fresca, purchè la denominazione di *vinello* risulti chiaramente sui recipienti, nei luoghi di vendita, ecc.

In applicazione della legge, il regolamento contiene numerose disposizioni sui trattamenti permessi per i vini, sia esteri che nazionali; sulle aggiunte e manipolazioni che è consentito far subire al mosto; sui cosidetti mosti muti, filtrati dolci, mosti concentrati, ecc.; sui processi di vinificazione e di conservazione del vino e sulla preparazione dei vinelli e dei vini speciali. Si tratta di norme strettamente tecniche, le quali riguardano più l'enologo che l'ufficiale sanitario. Basterà perciò ricordare che in tali operazioni è permesso usare i fermenti alcoolici, i carbonati di potassio e di calcio, il tartrato neutro di potassio, l'acido tartarico, l'acido citrico (entro certi limiti), il tannino, l'anidride solforosa, il bisolfito e metabisolfito di potassio, il carbonato e il fosfato

ammonico e l'enocianina estratta dalle bucce di uva nera. Per i vini speciali è pure ammessa l'aggiunta di alcool etilico rettificato (entro certi limiti), di saccarosio, di caramello e di sostanze amare o aromatiche permesse dalle norme vigenti, e, per i vini spumanti, quella di anidride carbonica. È vietato l'uso, come conservativi, di acido borico, acido salicilico, acido benzoico e benzoati, essenza di senape, fluoruri, allume, ecc.

Il regolamento contiene inoltre disposizioni che si riferiscono alla composizione dei vini, dei vinelli, dei mosti, ecc. e che interessano particolarmente i laboratori incaricati delle analisi, ed altre che disciplinano la detenzione delle vinacce, nei casi permessi dalla legge.

Birra. — Il regolamento generale sanitario stabilisce il divieto di vendita della birra fabbricata con altra materia prima che non sia il malto d'orzo o di altri cereali, il luppolo, il lievito, o fermenti selezionati, e colorata con materia diversa da quella che proviene dal malto torrefatto; nonchè della birra alla quale siano state aggiunte sostanze estranee e nocive, quali i solfiti, l'acido salicilico, borico od ossalico e la glicerina. Il regolamento del 1890 specifica i mezzi di chiarificazione permessi nella fabbricazione della birra ed aggiunge il divieto di vendita della birra sensibilmente affetta dalle malattie dell'inacidimento, della vischiosità, ecc. o comunque avariata. Pel trasporto della birra sono prescritti i recipienti di legno o di vetro oscuro non piombifero o di altro materiale opaco inattaccabile dalla birra. I tubi delle pompe, e degli altri apparecchi a pressione, per la distribuzione della birra, debbono essere di stagno puro o di vetro non piombifero, escluso qualsiasi altro metallo alterabile e specialmente il piombo; l'aria utilizzata per la pressione si deve prendere dall'atmosfera libera e deve esser possibile l'ispezione e la frequente pulitura dei recipienti destinati a contenerla.

Per gli *spiriti e le bevande alcooliche*, oltre le disposizioni dirette a limitarne il consumo per combattere l'alcoolismo, delle quali diremo in altra occasione, esiste il divieto di vendere cognac, acquavite, liquori, ecc. contenenti acido cianidrico in dose nociva, acidi minerali, metalli tossici, materie coloranti nocive, alcool metilico, acido picrico, gommagutta e droghe medicinali a dose di rimedio. È pure proibito vendere col nome di *tintura od essenza di... e simili* seguito dal nome specifico, una sostanza diversa o che non sia costituita interamente da quella designata col nome specifico stesso.

Per l'*aceto* le disposizioni del regolamento 3 agosto 1890 sono state integrate da quelle della legge sui prodotti agrari e del relativo regolamento. Come *aceto* o *aceto di vino* si deve intendere solo il prodotto della fermentazione acetica del vino o del vinello contenente almeno il 4 % in peso di acido acetico, senza aggiunta di materie coloranti o di altre sostanze. Gli aceti ottenuti dalla birra, dal sidro, ecc. si devono vendere come *aceto di birra, di sidro*, ecc. e non possono essere mescolati con aceto di vino, nè colorati artificialmente. È da notare che la vendita, per uso commestibile, del cosidetto *aceto artificiale*, ottenuto per diluizione dell'acido acetico puro, già ammessa dal regolamento del 1890, è stata successivamente vietata, come sono vietati la preparazione dell'aceto dall'acido pirolegnoso ed anche la semplice aggiunta all'aceto di acido acetico puro. È proibito vendere l'aceto ottenuto dal vino corrotto, quello guasto o contenente acidi estranei, sostanze vegetali di sapore forte (pepe di Spagna, ecc.), aldeidi, sostanze empireumatiche, sale comune in eccesso, composti metallici tossici e sostanze coloranti anche innocue (compreso il caramello).

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Le radiazioni vitali.

G. Cremonese ha esposto in una monografia (1), recentemente pubblicata, una serie di esperimenti atti a documentare l'emissione di speciali radiazioni da parte degli organismi viventi.

I risultati cui è giunto l'autore sono tanto più persuasivi in quanto sono ottenuti con un mezzo semplice e sicuro: l'impressione di lastre fotografiche.

L'ipotesi che la materia vivente emette energie fisiche è stata da tempo ammessa ed è ritornata in discussione con i progressi delle nostre conoscenze sulle radiazioni e sulle onde elettriche, le cui applicazioni tecniche costituiscono la meraviglia del nostro secolo.

Nel 1903 Blondlot trovò che alcune sorgenti luminose (tubi di Crooks, becco Auer, lampada Nernst, metalli scaldati al rosso, luce solare) e corpi non luminosi (corpi compressi, corpi sonori, campo magnetico, oscillazioni hertziane, essenze, fermenti, tessuti vegetali e animali) emettono radiazioni che nello spettro son poste oltre l'ultravioletto. Queste radiazioni furono chiamate N, dall'iniziale di Nancy, città nella quale furono fatti gli studi.

Charpentier affermò di avere scoperte le radiazioni N del corpo umano, che avrebbe messe in evidenza con il solfuro di calcio fosforescente e così fotografate.

Per altra via Lakhowsky emise l'ipotesi che il reticolo cromatico delle cellule agisce come detettore delle oscillazioni elettromagnetiche

(1) G. CREMONESE. *I raggi della vita fotografati.* Editore P. Cremonese, Roma. L. 12,50.

ambienti e reciprocamente come apparecchio emittente.

Nel 1922 Gurwitsch di Mosca dimostrò che i tessuti giovani vegetali e animali emettono radiazioni che attivano a distanza il processo di cariocinesi in cellule appartenenti ad altro tessuto in via di segmentazione embrionale.

Queste radiazioni mitogenetiche furono sicuramente dimostrate nella radice di cipolla, nei germogli di girasole, nel lievito di birra, nell'estremità cefalica dei girini di rana, nel sangue *in vitro* ed in circolazione, nei tumori. A queste radiazioni fu assegnata la lunghezza d'onda di circa 2000.

Gli studi furono ripresi da Reiter e Gabór, i quali determinarono la radioattività di vari tessuti vegetali e animali, assegnarono alle radiazioni stesse altre lunghezze d'onda e adoperarono il metodo fotografico ottenendo risultati positivi solo in un caso.

Cremonese ha adoperato come materiale di studio il lievito di birra, che si presta meglio perchè le cellule del *Saccharomyces* hanno una straordinaria attività vitale e si moltiplicano rapidamente e rigogliosamente, e quel che più importa si può coltivare agevolmente con mezzi semplici. Successivamente ha adoperato culture di parameci, germogli verdi di piante, semi in germinazione, polline floreale, muffe e fermenti lattici.

Con dispositivi che eliminano ogni possibilità di azione di fattori estranei a quelli del materiale vivente adoperato, e con pose variabili da 10 giorni a 7 mesi si è ottenuta l'impressione delle lastre fotografiche.

Le radiazioni che attraversano la carta nera da fotografia, sono del tutto arrestate da una placca di ottone ed in parte dal cellophan.

L'intensità e forse la qualità delle radiazioni varia da stagione a stagione con un massimo favorevole in primavera.

Non attraversano uno strato d'aria superiore ad un cm. e mezzo.

Non sono di una sola lunghezza d'onda.

Non sono tutte le onde emananti dalla materia vivente.

Cremonese ha registrate fotograficamente anche le radiazioni emananti dal corpo umano.

Al riguardo ricorda che nel 1925 Cozzamalli eseguì esperimenti sulle radiazioni del sistema nervoso umano. Adoperando un dispositivo la cui parte essenziale (oltre un sistema di radioinduzione) è costituita da una camera atta ad isolare in modo assoluto, chi vi sia dentro, dalle radiazioni di qualsiasi genere, onde lunghe o cortissime, che abbondano all'esterno. Orbene dall'apparecchio radio adoperato come ricevitore e trasmettitore si percepivano rumori e suoni di vario genere a seconda dello stato del soggetto esaminato.

L'ipotesi che solo il sistema nervoso emette radiazioni non è verisimile. Perciò Cremonese ha studiato con il suo metodo fotografico la radioattività di liquidi organici (saliva e sangue) e dell'intero organismo, ottenendo risultati che se non concordano esattamente con quelli dati dal lievito di birra, provano sicuramente che il corpo umano emette radiazioni.

Il Cremonese si pone il problema: queste radiazioni si debbono interpretare come raggi della vita o raggi della morte, si debbono attribuire ad un'attività in atto o ad un'attività che cessa?

E' difficile rispondere — egli dice —; ma in ogni modo queste radiazioni che vengono cedute come effetto di un lavoro compiuto rappresentano, sia pure come fantasmi, altre radiazioni che determinano l'attività vitale e ne costituiscono l'essenza.

Il metodo fotografico per la sua semplicità si presta ad una larghissima applicazione, e l'autore si augura che esso sia controllato largamente.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. SANTORO. *Elogio del prof. P. Giuseppe Spinelli.* — Napoli, 1929.

P. NICOLÒ. *La reazione di Jefimow nell'elmintiasi.* — Tip. Sangiovanni e F., Napoli, 1930.

F. MOTTOLA. *Di un tumore solido del mesentere.* — Rin. Medica, 1929.

E. BENASSI. *Ricerche radiologiche sperimentali sulla funzione motoria della cistifellea e sulle sue prove farmacodinamiche.* Nota I e II. — Tip. Giannini, Napoli, 1929.

E. BENASSI. *Irradiazione Roentgen e colorazione vitale degli elementi reticolo-endoteliali.* — Tip. E. Zerboni, Milano, 1929.

E. BENASSI. *Ossificazione post-traumatica para-tibiale.* — Tip. Mosso, Biella, 1929.

E. BENASSI. *Sifilide gastrica a tipo pseudocanceroso.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

G. PIGHINI. *Ricerche sul liquor follicoli.* — An. Poligr. Emiliana, Reggio Emilia, 1929.

R. MATTOLI. *Il trattamento delle linfoadeniti acute.* — Tip Agnesotti, Viterbo, 1929.

E. BARROS *La psitacosis en la Republica Argentina.* — Las Ciencias, Buenos Aires, 1930.

E. BENASSI. *Situs inversus viscerum totalis e turbe cardiache.* — Tip. Parmense, Parma, 1930.

E. BENASSI e P. FIASCHI. *Miceloma del piede e della gamba.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

L. AJELLO. *La questione della trasmissione transplacentare dell'ultra virus tubercolare e considerazioni sui suoi presumibili rapporti con la patogenesi di alcuni quadri morbosi della tbc.* — Tip. Cangiano, Napoli, 1929.

G. FRANCHINI. *Rapporto sul funzionamento della scuola di patologia coloniale.* — Tip. P. Neri, Bologna, 1930.

L. ROSARIO. *L'assistenza protetica ai mutilati di guerra.* — Tip. Castaldi, Roma, 1930.

E. BENASSI. *Qualche particolarità radiologica in un caso di acromegalia.* — Tip. Coop. Parmense, Parma, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

La lotta contro la tubercolosi. Disposizioni del Ministero della Guerra.

Il Ministero della Guerra, in seguito ad accordi intervenuti con la Direzione Generale della Sanità Pubblica, allo scopo di provvedere alle necessarie misure di profilassi ed eventualmente di assistenza sanitaria per gli iscritti di leva e i militari riformati per tubercolosi, con una recente Circolare, con la quale è richiamata la rigorosa applicazione delle disposizioni contenute in altre circolari del 1916 e del 1917, ordina quanto segue:

« Le segnalazioni dovranno essere fatte dalle Direzioni di Ospedali alle Regie Prefetture (ufficio del Medico Provinciale) nella cui giurisdizione il riformato risiede, e nelle quali saranno comunicati i seguenti dati: 1) cognome e nome e paternità e data di nascita del riformato; 2) suo domicilio abituale in modo da renderne facile la reperibilità; 3) diagnosi precisa della forma tubercolare che ha motivato il provvedimento di riforma; 4) se il soggetto abbia oppure no in corso la assicurazione contro la tubercolosi (per i militari se l'aveva prima di venire alle armi) e in caso affermativo se abbia pagato le dodici mensilità necessarie ad acquistare il diritto all'assistenza della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.

« Questo Ministero raccomanda la massima accuratezza nel trasmettere le indicazioni di cui sopra, in modo che nessun riformato per tubercolosi sfugga alla segnalazione prescritta, trattandosi di un'opera di cui è ben nota l'alta importanza sociale ».

Con queste disposizioni, la cui importanza non può sfuggire ai lettori, il Ministero della Guerra porta un nuovo validissimo contributo alla strenua lotta contro la tubercolosi ingaggiata dal Regime fascista.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquasparta (*Terni*). — Stipendio annuo lordo L. 8000 più L. 2100 per indenn. servizio attivo. Indennità mezzo di trasporto: L. 500 per bicicletta, L. 2000 per motocicletta; L. 4000 per cavallo od autom. Caro viveri se dovuto. Età limite anni 35. Scadenza 25 settembre.

Aidussina (*Gorizia*). — Consorzio Aidussina, Santa Croce; L. 9000; 6 quadrienni del dec.; serv. att. L. 500; uff. san. L. 1000; automobile L. 3000; c.-v.; età lim. 45 a. Scad. 15 ott.

Ascoli Piceno. — Condotta urbana. Stipendio annuo lordo L. 8000. Dieci aumenti biennali. Indennità per i poveri oltre del 25 per cento della popolazione. Età massima anni 35. Scadenza 1° ottobre.

Andretta (*Avellino*). — L. 8000. Età mass. 40 a. Iscrizione al P. N. F. Scad. 31 agosto.

Bardi (*Parma*). — Al 3° reparto (3000 ab.) per i soli poveri; età mass. 40 a., salvo ecc. leg. L. 10.500 per 1200 poveri, L. 500 in più per ogni 250 oltre i 1200; 5 quadrienni del dec.; c.-v.; cavalcatura L. 4000. Scad. 31 agosto.

Campobasso. — Direttore Sanitario Sala ricezione degli illegittimi. Stipendio annuo lordo L. 6000, con cinque aumenti quadriennali. Età massima anni 45. Scadenza 25 settembre.

Falcade (*Belluno*). — L. 10.000; 5 quadrienni del dec.; uff. san. L. 500; trasporto L. 1000; c.-v. Età mass. 35 a. Scad. 31 ottobre.

Gorno (*Bergamo*). — Consorzio Gorno, Oneta; L. 10.000 aument. di un dec. ogni quinquennio; uff. san. L. 500; cavalc. e disagiata residenza lire 2000. Scad. 15 ottobre.

Gradisca d'Isonzo (*Gorizia*). — L. 8000; 6 quadrienni del dec.; serv. att. L. 500; c.-v.; autom. L. 3000; età lim. 35 a. Scad. 31 ag.

Guardistallo (*Pisa*). — L. 10.000; 5 quadrienni dec.; c.-v.; cavalc. L. 2000; uff. san. L. 500; L. 3 per ogni povero oltre i 500. Età mass. 40 a. Scad. 15 ottobre.

Marostica (*Vicenza*). *Ospedale Civile.* — Assistente; L. 6000, vitto, alloggio. Nomina per biennio e proroga. Età lim. 35 a. Rivolgersi Segreteria Congregazione Carità. Scad. 30 settembre.

Melito di Napoli. — Stipendio annuo lordo lire 9500 con cinque aumen. quadriennali. Scadenza 30 settembre.

Monte S. Maria Tiberina (*Perugia*). — Stipendio annuo lordo L. 10.000 con quattro aumenti quinquenn. del decimo. L. 3000 per mezzi di trasporto, più L. 720 per caro-viveri. Scadenza 15 settembre.

Nave (*Brescia*). — Consorzio con Bovezzo. Stipendio annuo lordo L. 9000 con sei quinquenni. L. 2000 per mezzi di trasporto. Scadenza 20 settembre.

Orta S. Giulio (*Novara*). — A tutto settembre 1930. Stazione climatica, pel Lago omonimo. Abitanti 1235. Stipendio L. 8000 ed accessori. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50. Scadenza 30 settembre 1930. Schiarimenti e capitolato a disposizione presso il Municipio.

Padova. *Ospedale Civile.* — Assistente riparto malati di petto. Scad. ore 18 del 30 ag. Domanda al presidente del Consiglio ospedaliero. (V. N. 33).

Portogruaro (*Venezia*). — 4ª condotta; L. 9000; 5 quadr. dec.; c.-v. Trasporto L. 1000-4000, secondo il mezzo usato. Scad. 30 settembre.

Rovereto (*Trento*). — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario e Direttore Ufficio Municipale di Igiene. Stipendio annuo L. 11.000 al lordo trattenute legali, 5 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno. Indennità di servizio attivo annue lire 2000. Divieto di massima di pratica privata, permessa consulenza. Riserva del Comune di affidare,

secondo le contingenze, altri incarichi retribuiti. Domande, debitamente documentate secondo R. D. 29 novembre 1925, N. 2266, al Municipio di Rovereto fino al 6 ottobre 1930, ore 18. Per chiarimenti rivolgersi al Municipio di Rovereto o alla R. Prefettura di Trento.

S. Potito Sannitico (*Benevento*). — L. 8000; 5 quadr. dec.; età lim. 40 a. Scad. 30 settembre.

Sassocorvaro (*Pesaro*). — Interinato medico, prevalentemente chirurgico, per la prima condotta. Stipendio L. 10.500, oltre L. 2000 per la Direzione dell'Ospedale Civile, oltre l'indennità caro-viveri; nonchè il 50 % per le operazioni chirurgiche ed il 70 % per la cura ad ammalati abbienti ricoverati a pagamento, più il 15 % sulla diaria degli ammalati poveri abbisognevoli di cura chirurgica e il 10 % su quelli abbisognevoli di cura medica; infine il 25 % sull'introito lordo dei proventi del Gabinetto radiologico. Ospedale modernamente attrezzato. Nuovo fabbricato di Ospedale in via d'ultimazione. Documenti, subito, al Podestà.

Tivoli (*Roma*). — Condotta esterna; L. 8500; 5 quadr. del dec.; c.-v.; cavalc. L. 6000. Scad. 31 agosto.

Tramonti (*Salerno*). — 1ª circoscriz.; L. 7000; 4 quadr. dec.; cavalc. L. 3000; età mass. 35 a. Iscrizione al P. N. F. Scad. 31 agosto.

Venezia. *Manicomi centrali.* — Medico internista (grado 9°) per la Colonia Medico-Pedagogica Pancrazio in Marocco di Mogliano Veneto. Obbligo di servizio anche per l'Istituto Sordomuti. Servizio di guardia. Stip. da L. 11.600 a L. 13.700 oltre L. 2800 di serv. att. Eventualmente, passaggio al grado 8°, con stip. da L. 13.700 a lire 16.000 e serv. att. di L. 3500; c.-v. di legge. Documenti comprovanti pratica specifica in med. interna, malattie infettive e pediatria; titolo di preferenza pratica assistenza mentecatti. Documenti temporanei, in data oltre 2 agosto. Età massima 40 a. (45 per ex-combatt.), salvo per medici in pianta stab. in pubbl. amminstr. Conc. per titoli scientifici e pratici. Scad. ore 17 del 3 sett. Domande a Segreteria Manicomi centrali veneti (S. Maria Formosa, Calle delle Bande, Ramo Venier, N. 5269-A), Venezia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. E. Augusto Turati ha nominato l'on. prof. Ermanno Fioretti, direttore del Servizio Sanitario allo Stadio del P. N. F., e suoi collaboratori il dott. Fausto Angelucci, il dott. Augusto Fioretti, il dott. Corradino Pampersi, medici della F. I. M. S.

Il prof. Cunéo, di anatomia medico-chirurgica e di tecnica operatoria alla Facoltà medica di Parigi, è nominato professore di clinica chirurgica presso l'Hôtel-Dieu nella detta Facoltà, a partire dal 1° ottobre prossimo, in sostituzione del prof. Hartmann, che va in riposo.

Il prof. Giacinto Quarta, stimato libero docente di patologia medica della R. Università di Roma, è stato recentemente nominato Grande Ufficiale della Corona d'Italia. Rallegramenti e auguri vivissimi.

NOTIZIE DIVERSE.

23° Congresso Nazionale dei Medici condotti.

Il XXIII Congresso Nazionale dei Medici Condotti avrà luogo quest'anno a Venezia nei giorni 18, 19, 20 settembre p. v.

I medici condotti che intendono partecipare al Convegno, debbono restituire, debitamente riempita, la scheda di adesione al Segretario Provinciale del Pubblico Impiego, rag. Gardenio Granata, Calle al Ponte dell'Angelo, 5314, Venezia.

Chi intende trattare uno o più temi è pregato di mandare subito alla Segreteria Nazionale (via Modena, 5, Roma) il titolo del tema e un riassunto dello svolgimento.

I medici condotti sono invitati ad inviare le adesioni il più presto possibile. Il programma particolareggiato sarà pubblicato in altro numero.

6° Congresso internazionale di Medicina Militare.

Il Comitato permanente dei Congressi di medicina e farmacia militari rende noto che il Governo ungherese ha declinato l'invito di tenere a Budapest la 6ª Riunione. L'invito è stato accolto invece dal Governo olandese: perciò la detta Riunione avrà luogo all'Aia, nel giugno 1931. I temi generali posti all'ordine del giorno rimangono quelli fissati nel precedente Congresso internazionale adunatosi a Londra nel 1929.

30° Congresso francese d'Urologia.

L'« Association Française d'Urologie » terrà il suo 30° Congresso a Parigi, presso la Facoltà medica, a partire dal 7 ottobre, sotto la presidenza del dott. Chevassu di Parigi. Tema in discussione: « Le contusioni renali ed i loro esiti remoti »; relatore il dott. Gérard, di Lilla. Per qualsiasi informazione rivolgersi al dott. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VIIe.

Congresso americano dei redattori e degli autori medici.

L'« American Medical Editors' and Authors' Association » ha tenuto la sua 55ª riunione annua a Detroit il 24 giugno, in occasione del Congresso dell'Associazione Medica Americana, sotto la presidenza del dott. H. Lyons Hunt, di New York.

Il successo dell'associazione è attestato dal fatto che il numero degli iscritti ha raggiunto quasi il migliaio; che quest'anno tra gl'iscritti figura il presidente dell'Associazione Medica Americana, dott. W. Gerry Morgan; che domande d'iscrizione sono giunte dal Canadà e dall'Europa.

Si è deliberato di elevare la quota d'iscrizione a 10 dollari.

Conferenza internazionale dei Capi del Servizio Sanitario Militare.

A Liegi ha avuto luogo una conferenza internazionale dei capi e dei rappresentanti del Servizio Sanitario militare. Vi avevano aderito 32 Nazioni, 24 delle quali erano rappresentate. Per l'Italia hanno partecipato alla conferenza il gen. Riva ed il col. Caccia. La conferenza ha special-

mente discusso due argomenti: l'istituzione di un ufficio internazionale di documentazione medico-militare e lo scambio internazionale di ufficiali del servizio sanitario a scopo di istruzione e per tenere conferenze. È stata approvata la creazione di un Istituto internazionale. Infine questo Congresso ha poi fatto voti affinchè le nazioni aderenti favoriscano lo scambio di ufficiali. Il contributo dei delegati italiani alle varie sedute è stato notevole e molto apprezzato per la grande competenza tecnica e la profonda conoscenza degli importanti problemi trattati dimostrata dai delegati stessi.

Per il Congresso della stampa medica latina.

Si è tenuta a Bruxelles un'adunanza dell'Associazione della stampa medica belga, incaricata di organizzare il Congresso della stampa medica latina. Il dott. Beckers, segretario generale dell'Associazione, espose il programma concretato.

Si è deciso di offrire un lunch ai colleghi, il 28 settembre. Il prof. Forgue, di Montpellier, ha annunziato una conferenza sul tema « Il giornale medico e il giornalista medico contemporaneo »; essa avrà luogo durante la seduta inaugurale. Il dott. Tricot-Royer terrà una conferenza ad Anversa il 30 settembre; parlerà di Palfyn, inventore del forcipe, di cui ricorre il bicentenario.

L'Associazione Medica Americana.

Ha tenuto il suo Congresso annuale a Detroit dal 23 al 27 giugno; vi hanno partecipato oltre 5000 medici, numero certo imponente, eppure sensibilmente inferiore a quello degli ultimi anni.

I lavori si sono svolti sul grandioso « Masonic Temple », costruzione che contiene numerosi e capaci « auditoria », ove hanno lavorato le singole Sezioni del Congresso; contiene anche numerose sale, adatte per le riunioni dei Comitati; ospita ristoranti, negozi, ecc., il tutto lussuosamente rifinito in marmi e bronzi.

I lavori sono stati intensi e proficui. Tra i temi discussi segnaliamo: creazione di un Ministero di sanità; Centri medici accessibili al pubblico non abbiente; educazione del pubblico sulla medicina; il proibizionismo degli alcoolici; la criminalogia in rapporto alla medicina; socializzazione della medicina; servizi medici governativi in contrasto con gli ospedali privati, ecc.

Le sale di riunione sono state affollate sino alla chiusura dei lavori. Tra le note caratteristiche, vanno segnalate le dimostrazioni cinematografiche, l'esposizione di materiale patologico fresco, l'esposizione di biologia scientifica, ecc.

Molte organizzazioni mediche, senza rapporti ufficiali con l'Associazione Medica Americana, si sono adunate a Detroit negli stessi giorni.

Alla presidenza dell'Associazione è stato chiamato il dott. W. Gerry Morgan.

Per il Congresso del 1931 è stata scelta Filadelfia.

L'assistenza antitubercolare ai lavoratori agricoli.

La Confederazione Nazionale dei Sindacati fascisti dell'agricoltura, presieduta dall'on. Luigi Razza, si sta vivamente interessando per il ricovero in sanatori di lavoratori agricoli affetti da tubercolosi e che non godono dell'assicurazione obbligatoria testè istituita contro la tubercolosi.

Già due gruppi di ricoverati hanno raggiunto le proprie sedi di cura nei mesi di aprile, maggio, giugno e luglio. Si è, inoltre, già disposto il ricovero in sanatori dipendenti dalla Croce Rossa di tre gruppi di lavoratori che vi saranno invitati quanto prima. La retta di degenza resterà a carico della Croce Rossa Italiana per il periodo di tre mesi a decorrere dalla data del ricovero.

La Commissione per la difesa antigas alle popolazioni civili.

Il 26 giugno nella sede del Comitato Centrale della C. R. I. il sen. Cremonesi, presidente generale della C. R. I., ha insediato la nuova Commissione incaricata di studiare l'organizzazione della difesa antigas alle popolazioni civili, in caso di guerra chimica, compito questo che per recente disposizione legislativa è stato affidato alla Croce Rossa Italiana.

Della Commissione, presieduta dal prof. Lustig, fanno parte rappresentanti dei Lavori Pubblici, dell'Aereonautica, della Milizia V. S. N., della Direzione generale della Sanità pubblica, del Centro Chimico Militare e della Croce Rossa Italiana.

Il sen. Cremonesi ha parlato dei posti di prima assistenza che si stanno organizzando e sviluppando in tutta Italia, verso cui affluiranno le attività delle varie Associazioni di pubblica assistenza.

La Casa dei medici a Bruxelles.

Una Commissione *ad hoc* del Collegio dei Medici di Bruxelles annunzia di aver provveduto all'acquisto dell'immobile che diverrà la Casa dei Medici; esso è situato al boulevard de Waterloo 54. Uno dei membri del Comitato direttivo del Collegio riceverà i visitatori tutti i giorni dalle 18 alle 19. I medici che si recheranno a Bruxelles, sono invitati a visitare la nuova *home*. Si spera che gl'interessati sottoscriveranno almeno un'azione per completare il capitale necessario; ogni azione costa 500 franchi e comporta un interesse del 4 %, di modo che si tratta anche di un buon investimento di capitale.

Per il nuovo Ospedale universitario di Bruxelles.

Il sig. Louis Solvay ha versato un milione di franchi per contribuire al completamento dell'Ospedale Universitario di Bruxelles, la cui costruzione ha luogo nella sede dell'antico ospedale Saint-Pierre.

La famiglia Solvay aveva già fatto molte altre elargizioni all'Università di Bruxelles.

La legge delle assicurazioni sociali in Francia.

La Confederazione dei Sindacati Medici della Francia ha tenuto un'assemblea generale straordinaria, per precisare, in modo definitivo, l'attitudine del corpo medico di fronte alle assicurazioni sociali, le quali sono causa di gravi malcontenti e hanno provocato molti scioperi nella classe operaia.

Donazione di radium.

I laboratori di ricerca del « London Hospital » hanno ricevuto, da due filantropi che intendono mantenere l'anonimo, due grammi di radium, del valore complessivo di 24.000 sterline (oltre

2 milioni di lire); uno dei donatori ha anche assegnato 13.000 sterline per attrezzare un nuovo laboratorio di applicazioni terapeutiche del radium.

700.000 lire di radium ad un Ospedale di Bologna.

La Direzione di Sanità di Roma, ha assegnato 510 milligrammi di radium elemento, ad un nuovo padiglione per lo studio e la cura del cancro, che troverà sede nell'Ospedale di S. Orsola.

Come è noto, Bologna vantava già, presso l'« Ospedale Mussolini » dotato del maggior quantitativo di radium, la sede ammirata non solo in Italia, ma anche all'Estero dell'Istituto per la lotta contro il cancro, diretto dall'insigne radiologo prof. A. Roversi. Con questo nuovo acquisto, la città si accresce ora di nuovi imponenti mezzi di lotta contro il terribile flagello.

Nuova sorgente di radium in Cecoslovacchia.

La stampa cecoslovacca comunica che sarebbe stata scoperta una nuova sorgente di radium nel villaggio di Tiefenbach, vicino a Schlackenwerth, in Boemia. Secondo il prof. J. Stoklasa, radiologo di Praga, tanto la sorgente quanto la terra su cui si trova sono destinate a grande avvenire. Ogni acqua mischiata con questa terra diventa subito radioattiva e presenta una materia che serve a fare bagni (specie di fanghi) di effetto curativo assai grande.

Alla Clinica dermosifilopatica di Strasburgo.

L'8 giugno fu solennemente inaugurato a Strasburgo un nuovo grande edifizio, annesso alla Clinica dermosifilopatica; consta di 4 piani e del sottosuolo; è destinato alla biblioteca, all'aula per i corsi, al servizio di elettroterapia, alle cure ambulatorie e all'ospedalizzazione della prostituzione.

La Clinica comprende anche: un ospedale di 100 letti, un padiglione per malati privati con 12 letti, un padiglione per le visite ambulatorie e per gli alloggi.

La cerimonia ha offerto l'occasione di una calda manifestazione di simpatia al direttore della Clinica, prof. Pautrier.

Per una via intitolata a Laveran.

Al Consiglio Municipale di Parigi è stata presentata una proposta, perchè sia dato il nome di Laveran ad una via di Parigi, oppure alla piazza situata avanti l'ingresso dell'Ospedale Militare di Val-de-Grâce.

Un solarium girevole.

Il 26 luglio venne inaugurato ad Aix-les-Bains un *solario girevole*, ideato dal dott. Jean Saidman, direttore dell'Istituto di Actinologia. Comprende una torre fissa ed una piattaforma mobile, che misura 28 metri di ampiezza e 4-11 metri di profondità; contiene dieci cabine d'irradiazione ed al centro un osservatorio per lo studio dell'irradiazione solare. Ha lo scopo di captare le radiazioni solari, filtrarle, concentrarle ed associarle alle varie sorgenti di poliradioterapia. La facciata si orienta in modo da essere sempre di fronte al sole.

Un nuovo grande serbatoio dell'acquedotto di Napoli.

È stato recentemente inaugurato a Napoli il nuovo serbatoio dell'acquedotto a quota 100. L'opera è costata 12 milioni. Per mezzo di essa le zone del Vomero, Posillipo e di Fuorigrotta sono rifornite ormai di acqua.

Il serbatoio, costruito in due grandi gallerie scavate nel tufo, è capace di contenere 25.000 metri cubi di acqua.

Autosieroterapia della tubercolosi.

I quotidiani informano che all'Accademia Medica di Budapest il dott. Stefano Janksó, primario medico negli Ospedali della città, ha comunicato gli eccellenti risultati ottenuti dall'autosieroterapia nella tubercolosi polmonare: su 114 soggetti, 111 sarebbero guariti clinicamente entro uno spazio di tempo variabile da uno a sei mesi. Sono state espresse delle riserve.

Medicina preventiva.

Il « Military Surgeon » — giornale di medicina militare degli Stati Uniti d'America — riporta un articolo del magg. med. G. Perilli dal titolo: « The Gorgas Idea », nel quale è riassunto il movimento in favore della medicina preventiva ed è prospettata la necessità di organizzare internazionalmente il servizio delle visite mediche periodiche per i sani.

In Italia siamo a buon punto: abbiamo segnalato che queste visite sono ora offerte gratuitamente agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, con grande vantaggio per la propaganda igienica e... con un po' di vantaggio economico anche per la classe medica. Maggior utile a tutti certamente arrecherà il proposto « Istituto Nazionale per il prolungamento della vita e miglioramento della razza », per il quale da anni il dott. Perilli insiste.

Borse Roussel.

Il dott. Roussel ha messo a disposizione dell'« Association générale des médecins de France » dieci borse da 10.000 franchi ciascuna, da essere assegnate a famiglie numerose del corpo medico. Una commissione, all'uopo nominata, ha preso in esame 71 domande; ha conferito 7 borse a medici, padri di 17, 13, 12, 11, 10, 9 e 8 figli e 3 a vedove di medici, le quali hanno a proprio carico 12, 7 e 6 figli.

In memoria di Sicard.

Un fascicolo di « Marseille Médicale » è consacrato per intero alla memoria di J.-A. Sicard. Ne riporta un'autobiografia e riproduce i discorsi pronunziati in due occasioni: allorchè, il 22 dicembre 1929, venne inaugurato un medaglione del compianto e valoroso Maestro nell'Ospedale Necker di Parigi; ed allorchè, il 15 febbraio 1930, ne venne inaugurato un monumento nell'« Hôtel-Dieu » di Marsiglia.

Notevole diminuzione della mortalità agli Stati Uniti.

Uno dei più grandi successi conseguiti in questi ultimi anni dai medici americani è la riduzione della mortalità per difterite, riduzione del

95 per cento. Un'altra fortissima diminuzione è quella della mortalità per tifo e per le febbri paratifoidi. Il trattamento chimico dell'acqua, la pastorizzazione del latte e il controllo delle fognature hanno ridotto la percentuale della mortalità causata da tifo e paratifo da 34 persone per 100.000 a 4,9 per 100.000. La riduzione fu anche più notevole per quel che riguarda i soldati, non pochi dei quali una volta morivano di tifo. Mentre durante i primi due anni della guerra civile il tifo causò 1961 morti su 100.000 soldati, durante i primi due anni della guerra mondiale solo 5 soldati su 100.000 morirono di questa malattia. Il rapporto constata inoltre che alcune malattie, come il colera e la febbre gialla, che infestarono gli Stati Uniti nel secolo scorso, sono quasi completamente scomparse: ciò che si attribuisce ai progressi igienici ed all'oculata profilassi.

Prima del 1900 la mortalità era dal 20 al 30 per 1000; nel 1928 la percentuale è discesa al 12 per 1000. Notevolissima è poi la riduzione della mortalità infantile. La battaglia contro la tubercolosi ha pure avuto successo: la mortalità è diminuita da 194 per 100.000 (1900) a 79 per 100.000 (1928). Le principali cause di questa diminuzione vengono attribuite alle migliorate condizioni economiche generali e alle campagne per la diffusione dell'igiene.

Grandiose piscine a Francoforte.

Il magnifico parco Brentano, che l'anno scorso passò in possesso della città di Francoforte sul Meno, è stato ora in gran parte, e cioè per una estensione di 90.000 metri quadrati, ridotto a bagno pubblico per tutti i ceti.

L'acqua per le piscine, che hanno complessivamente una estensione di 20.000 metri quadrati, viene fornita da un braccio del fiume Nidda, confluente del Meno. La lunghezza complessiva dei riparti per il nuoto è di 400 metri, quella del riparto per i non nuotatori è di 120 metri; in ultimo si ha anche un grande riparto per bambini. Il bagno offre comoda possibilità di bagnarsi a ben 30.000 persone.

Un legato di 50.000 lire per l'Ospedale Fatebenesorelle.

La compianta signora Eugenia Lombardi ved. Maccia — morta in Como il 24 maggio u. s. — con sue disposizioni testamentarie olografe legò a favore dell'Ospedale Ciceri, detto Fatebenesorelle, di Milano, la somma di L. 50.000.

In onore di Ramón y Cajal.

La « Federación del Profesorado de Diputaciones y Patronatos libres de España » ha portato istanza al Ministro dell'Istruzione Pubblica che venga concesso a Ramón y Cajal, vera gloria scientifica spagnuola, il titolo di « maestro onorario » quale quello che si rilascia dalle Scuole Normali per l'abilitazione all'insegnamento elementare.

La concessione di questo titolo avrebbe per iscopo l'unificazione spirituale di tutto il corpo insegnante spagnuolo, dall'Università alla scuola primaria e rappresenterebbe per Ramón y Cajal una vera onorificenza per l'alta considerazione in cui è tenuto in Ispagna il titolo di « maestro per l'insegnamento primario ».

Troviamo molto simpatico questo avvicinamento, che porta ad abbracciare in un senso di gratitudine unico gl'insegnanti di tutti i gradi.

Procedimenti idioti e.... mortali.

I giornali di Berlino riportano il processo con relativa condanna a morte, del chirurgo dentista Gutmann, che assassinò la moglie per venire in possesso della somma di un'assicurazione sulla vita fatta fare sul suo nome. Stipulata l'assicurazione e ricevuta la lettera di conferma da parte della società, egli si era recato agli uffici per accertarsi che tutto fosse in ordine e un'ora dopo aveva già accoppata la moglie. L'aveva strozzata nella vasca da bagno fingendo e inscenando un incidente.

Il processo ha molto interessato la curiosità pubblica e i giurati, accogliendo la richiesta del Pubblico Ministero, hanno pronunziato il verdetto di condanna a morte. È da notare che già la prima moglie del Gutmann, anche essa assicurata, era stata trovata morta nella camera da bagno per un simile incidente, e forti sospetti sono sorti, durante il processo, per questo altro assassinio, che però non si è potuto provare.

Come avranno certo pensato i giudici — ma senza esprimerlo — questo volgare delinquente, camuffato da medico, ha meritato la sua sorte, non solo pel reato in sè, ma anche pel modo primitivo e sciocco onde l'ha compiuto, mettendo a nudo tutta la sua ignoranza in fatto di medicina moderna.

La Clinica Odontoiatrica dell'Università di Roma.

Il Capo del Governo ha ricevuto l'on. prof. Amedeo Perna, il quale gli ha presentato i disegni del costruendo edificio destinato a clinica odontoiatrica, secondo i desideri del donatore, sig. Eastman di Rochester. Questo edificio di grandiose proporzioni, sorgerà nei pressi del Policlinico.

Il Capo del Governo ha stabilito che l'inaugurazione dell'edificio stesso avvenga il 28 ottobre 1932.

Elargizioni.

La signora Walter Gaeme Ladd ha donato 5 milioni di dollari, (pari a 95 milioni di lire it.) per una « Fondazione Josiah Macy Jr. », destinata alla prevenzione e cura delle malattie e ad alleviare le sofferenze umane; la nuova istituzione coopererà con quelle già esistenti, siano esse universitarie, ospedaliere o igieniche.

Istituto della Nutrizione in Argentina.

Con decreto del Potere Esecutivo in data 21 maggio, si è creato in Argentina un « Instituto Nacional de la Nutricion ». La direzione ne è affidata al dott. Pedro Escudero, professore di Clinica medica alla Facoltà di medicina di Buenos Aires e professionista specializzato nella patologia del ricambio. Le funzioni dell'istituto sono: 1) fornire al Governo nazionale, alle autorità municipali della capitale ed ai governatorati provinciali tutti gli elementi relativi all'alimentazione del popolo, alla profilassi e al trat-

tamento delle malattie della nutrizione; 2) creare un refettorio modello annesso all'istituto, per il trattamento dei malati del ricambio, mediante un alimentazione idonea; 3) creare un centro di rieducazione professionale, per adattare il lavoro degli infermi inguaribili alle loro condizioni fisiche.

Per sostenere le spese iniziali di funzionamento, è destinata la somma di 100.000 pesos (che equivalgono a circa 650.000 lire it.).

Infortuni professionali.

Il dott. Redaelli, specialista di terapia fisica a Milano, per imprudenza di un elettricista che lo coadiuvava nell'impianto di un apparecchio elettroterapico è stato colpito da scarica a elevatissimo potenziale; rimase per qualche ora privo di sensi e riportò gravi ustioni.

Avvelenamento in un Ospedale austriaco.

Ventisette suore e quattro pazienti dell'Ospedale Maggiore di Neunkirchen, dipendente dall'Amministrazione comunale, sono stati colpiti improvvisamente da dolori accompagnati da vomito; sintomi attribuiti a cibi avariati.

Infortuni di sanitarî

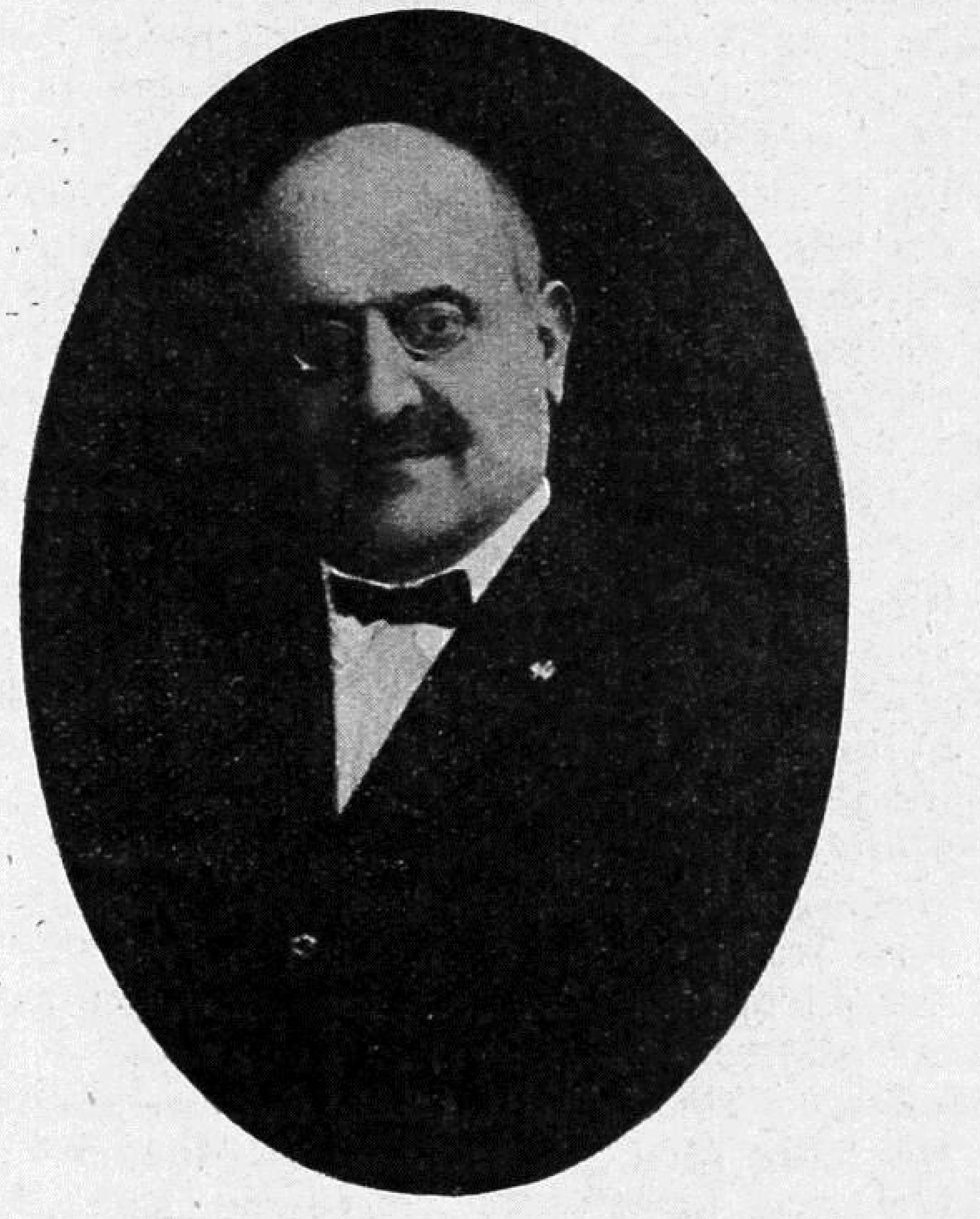
Il dott. Agostino Maddaloni di San Vitaliano, dell'età di 38 anni, mentre rincasava venne raggiunto da tre colpi d'arma da fuoco esplosi da uno sconosciuto. Ricoverato all'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, è stato dichiarato guaribile con riserva.

DEODATO DE CARLI

Con la morte del compianto prof. DEODATO DE CARLI, strappato ancor giovane all'affetto dei suoi cari e al sincero attaccamento dei numerosi e fedeli amici e discepoli, scompare per la famiglia medica italiana un alto intelletto che aveva brillato in ardui problemi scientifici. Dotato di preclari qualità di clinico ed operatore, ornato delle più belle virtù morali che completavano l'altezza dell'ingegno, il prof. Deodato De Carli rappresentava un'eccezionale figura di uomo, che della professione medica aveva fatta la missione della sua vita, missione consolatrice, alleviatrice del dolore, esempio d'incomparabile altezza morale per quanti ebbero la ventura di conoscerlo, di seguirlo o di averlo guida e maestro.

I numerosi incarichi affidatigli presso molte istituzioni mediche e scientifiche, le speciali distinzioni concessegli in pace e in guerra per la sua opera mirabilmente efficiente, le varie nomine accademiche, quale spontanea conferma di tale sua azione, e da ultimo la sua designazione a professore ordinario presso la R. Università di Napoli furono il giusto riconoscimento del suo valore e di quell'indefesso e proficuo lavoro da lui per tanti anni compiuto. Il momento in cui con rinnovato spirito e nuova energia egli si accingeva ad esercitare tale ambito mandato, un fulmineo morbo recideva la sua preziosa esistenza. Sereno come visse, accolse rassegnato la morte che lo separava dalla famiglia che tanto aveva amata e a cui aveva consacrato ogni suo dovere di sposo e di padre esemplare con purezza di sentimento e intimità d'affetti, pianto sconsolatamente dai suoi, che dopo tanta perdita non hanno altro che la religione della sua sacra memoria.

Lo ricordano con l'animo commosso gli amici che lo ebbero dolce compagno d'interi anni, con-



sigliere dei momenti più tristi, sostenitore in tutte le amarezze; i giovani che lo ebbero maestro, protettore, quasi padre nelle gravi difficoltà di tutti gli inizi, nelle tormentose incertezze della difficile professione medica.

Una elevata speranza religiosa riunisce tutti coloro che dolorante ricordo conserveranno dell'uomo esemplare, che deliberatamente modesto volle per sua espressa volontà scomparire quasi ignorato, chiudendo e confermando così, con tale nobile gesto, una vita tutta consacrata alla bontà e al dovere.

G. VIDAU.

Dopo breve e penosa malattia è morto il prof. G. FELICE GARDENGHI, titolare della cattedra di igiene e polizia medica della R. Università di Firenze. Era nato a Lugo di Romagna nel gennaio 1875 ed aveva insegnato alla R. Scuola Superiore veterinaria di Napoli e nella R. Università di Parma. La guerra lo trovò capitano medico al fronte nella zona di S. Maria di Tolmino. Fu tra gli organizzatori dei servizi sanitari militari e civili in Gorizia liberata. Durante l'armistizio organizzò la profilassi per fronteggiare l'epidemia di tifo esantematico sviluppatasi tra i 25.000 prigionieri di guerra a Genova, in modo che nessun caso si ebbe tra le popolazioni civili. Ottenuto il congedo venne promosso a professore stabile e nel 1919 fu chiamato con voto unanime alla Facoltà medica di Parma a coprire quella cattedra di igiene e polizia medica. Passò nel 1925, sempre per voto unanime, presso la R. Università di Firenze dove si distinse come osservatore illuminato e colto, dimostrando doti di insegnante assiduo ed efficace. Era tenente colonnello nella riserva.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 14 apr. — F. HENRIJÉAN. I medicamenti cardiovascolari. — G. MONASTERIO e E. CAMPESE. Azione delle sostanze fotodinamiche sulla glicemia.

Arch. It. di Dermat. ecc., apr. — E. CORTELLA. Azione dei raggi U. V. sulle cutireaz. — G. SANTOIANNI. Turbe della glicoregolazione nei luetici.

Zbl. f. Chir., 19 apr. — E. PAYR. Il problema della trombo-embolia.

Zeitsch. f. Tuberk., apr. — H. BREUNING. Superinfezione e immunità nella tbc. — A. HERRMANNSDORFER. Dieta aclorurata nella tbc.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — J. DENTON e G. DELLFORD. Pseudosalpingiti tbc. — L. M. ZIMMERMANN. Ileo spastico. — H. S. JOHN. Glucosio per via endovenosa nei diabetici.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 20 apr. — U. DE GIACOMO. Rarissimo tipo di paralisi alterna infer. — G. DE NIGRIS. Colesteatoma del midollo sp.

Folia Med., 15 mar. — GALLORO. Il lavoro a domicilio a Napoli.

Spitalul, apr. — DIOCLÈS e DANULESCO. Telestereoradiografia. — E. DARABAN. Emorragie nasali e loro trattam.

Rev. Belge des Sc. Méd., gen. — R. APPELMANS e al. Stenosi croniche del duodeno. — N. GOORMAGHTIGH. Tendenze attuali dell'oncologia.

Marseille Méd., 5 gen. — J. MONGES. Il dolore epigastrico da sforzo. — C. DE LUNA. Sindomi vescicolari nella tbc.

Paris Méd., 19 apr. — Numero di fisioterapia.

Haematologica, II. — G. REGGIANI. Stato volumetrico del sangue nella tbc. — A. MIGLIAVACCA Orig. delle celule eosinofile dei tessuti.

Minerva Med., 21 apr. — P. BASTAI. Asma bronch. — E. MASSEBIO. Acido lattico del sangue nelle epatopatie.

Morgagni, 20 apr. — A. G. CHIARIELLO. Applicazioni in chirurgia del batteriofago.

Wien. Klin. Woch., 24 apr. — BERGER. Importanza della cute nell'allergia. — DOMANIG. Tumori gastrici benigni.

Presse Méd., 23 apr. — M. LABBÉ e al. L'adenoma midollare surrenale con ipertensione parossistica — J. OKINCZYC. Inversione dei segni di appendicite.

Lancet, 26 apr. — D. HUNTER. Metabolismo del calcio e del fosforo.

Deut. Med. Woch., 25 apr. — THOMAS. Il pane d'avena.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 apr. — Numero sull'ascesso di fissaz.

Bull. Méd., 26 apr. — Num. di terapia.

Brasil-Med., 5 apr. — J. J. V. DA SILVA. Riflesso retto-cecale.

Münch. Med. Woch., 25 apr. — PÖHLMANN, AXMANN. Metodo Gerson nella tbc.

National Med. Journ. of China, feb. — S. M. CHEN. Sifilide testicolare. — R. H. P. SIA. Recettività di rosicanti al pneumococco. — F. F. TANG. « Bacterium granulosus » Noguchi nel tracoma.

Arch. Mal. App. Digest. ecc., mar. — R. GOIFFON e V. JOURDAIN. I fosfati urinari. — N. SMIRNOW. Secrez. gastr. a digiuno.

Arch. Mal. du Coeur ecc., apr. — E. GÉRAUDEL. Natura e meccanismo dell'extra-sistole.

Arch. di Ortop., 1. — C. R. FUMIGALLI. Fratture del rachide. — R. MARZIANI. Osteoblastocitoma.

Arch. It. di Urol., mar. — G. NISIO. Cistitecistica e ghiandolare complicata a cistite incrostata. — C. HUTTER. Pielografia endovenosa.

Cbl. f. Chir., 26 apr. — W. ASCHÜTZ. Disturbi respiratori nella narcosi avertinica e loro profilassi. — V. SCHMIEDEN e O. VOSS. Rapporti tra parotite e pancreatite.

Indian Med. Nes. Memoirs, n. 14. — F. D'HERELLE e al. Colera asiatico.

Rev. Méd. Lat.-Amer., feb. — G. ARÁOZ ALFARO. Il grado di curabilità della tbc. polm.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 apr. — W. E. DEEKS. Progressi nella lotta antimalarica.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 20 apr. — BONDREAU. La neo-difteria.

Rev. Méd de la Suisse Rom., 25 apr. — P. GAUTIER. La difteria nei vaccinati.

Proc. R. Soc. of Med., apr. — Discussioni sull'anestesia nella chirurgia toracica, sugli ascessi polmon., sull'actinomicosi, sulla diagnosi e il trattam. delle forme miti di psicosi maniaco-depress. — Casistica.

Arch. It. di Chir., 1. — A. ANZILOTTI. Volvolo gastrico. — P. BASTIANELLI. Porpora cronica.

Journal A. M. A., 12 apr. — J. R. WILLIAMSON. Reazioni allergiche all'insulina. — F. A. ALLAN e al. Trattam. chirurg. dell'iperinsulismo. — L. T. SWAIN e J. G. KUHN. Profilassi delle deformità nelle artriti cron. — A. S. HYMAN. Angina pectoris post-influenzale.

Rev. Méd. de Barcelona, mar. — F. GALLART e al. Visualizzazione radiologica della cistifellea.

Paris Méd., 26 apr. — G. MILIAN. Sifilide senza ulcera. — C. REGAUD. Verruga peruviana. — P. HARVIER e R. VORMS. Fratture spontanee multiple.

Bull. Ac. de Méd., 15 apr. — P. BAZY. Piurie amicrobiche. — M. LABBÉ. Organizzaz. sociale del trattam. del diabete.

Vita Nueva, 15 mar. — H. FERRER. Dacriocistitis neonatorum. — C. M. RAMÍREZ CORRIA. Nefrite lipoidifera l'togena.

Ann. Ital. di Chir., 30 apr. — M. DOGLIOTTI e M. MAIRANO. Il cloruro di sodio nelle occlusioni intest. — R. PALMA. Aponevrosi come materiale di sutura.

Minerva Med., 5 mag. — G. MELLI. Edema angioneurotico di Quincke e trofo-edema cronico di Meige.

Revue Neurol., apr. — A. SOUQUES e H. BARUK. Annesso con afasia in un professore di piano. — E. KRYGERS-JANZEN. Vertebra plana con sintomi neurologici.

Presse Méd., 3 mag. — G. BAUDET. Talalgia blenorragica.

Wien. Klin. Woch., 8 mag. — ALEXANDER. Mastoidismo e mastoidite latente.

Clin. Chir., mar. — LORENZETTI. Tbc., uropionefrosi e tumore di Grawitz nello stesso rene. — KOVACAS. Parotiti post-operat.

Folia gynaec., 3. — C. VERCESI. Azione dell'urotropina sulle contraz. uter. — N. DALLERA e A. ROSSI. Fisiologia radiologica dell'utero e delle tube.

Presse Méd., 7 mag. — R. LERICHE e R. FONTAINE. Osteoporosi dolorose post-traumatiche. — H. JAUSION e R. SOHIER. Vaccinoterapia delle dermatomicosi.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tub., 30 apr. — A. ZUCALI. L'infiltrato sottoclavicolare nella genesi

della tbc. polm. — S. MANCINI. Patogenesi della tbc. miliarica generalizzata.

Deut. Med. Woch., 9 mag. — BRUHNS. Trattamento dell'eczema cronico. — LENDLE, GROS. Narcosi avertinica.

Wien. Klin. Woch., 8 mag. — ALEXANDER. Mastoidismo e mastoidite cronica.

Studium, 1 mag. G. ZAGARI. Diagnosi di stati febbrili e subfebbrili cronici.

Radiologia Med., mag. — M. MAINO. L'esame radiologico per la diagn. di morte. — P. OTTONELLO. Valore del potassio in radiologia.

Soc. d. Chir., 4 apr. — Copiosa casistica.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 4 mag. — A. CLERICI. La quarta malattia venerea: la linfogranulomatosi inguinale.

Mediz. Klinik, 9 mag. — O. v. FRANQUÉ. L'eclampsia. — F. REICHE. Ritenzione idrica e diuresi.

Surg., Gyn. a. Obst., mag. — E. L. COMPERE. Alterazioni ossee nell'iperparatiroidismo. — R. H. JAFFÉ. Tumori maligni del letto ungueale. — A. COROLES ANDRUS. Complicazioni circolatorie della prostatectomia.

Rass. Medica, apr. — O. COZZOLINO. Diagnosi e terapia della mal. di Heine-Medin all'inizio.

Paris Méd., 10 mag. — G. BELGODÈRE. Le ulceri blenorragiche. — A. MOUGEOT e V. AUBERTOT. Le acque minerali « mezzi vitali »; loro azione sulla cellula miocardica.

Arch. Roumaines Path. Exp. et Microb., dic. 1929. — O. BONCIN. Gli streptococchi scarlattinosi isolati in Romenia. — D. COMBIESCO. Mezzi di colt. e proprietà antigene dei germi.

Med. Ibera, 10 mag. — S. M. GONZALEZ GALVÀN. Il gastrotonometro per lo studio del chimismo e della motilità gastrica.

Riv. San. Sicil., mag. — G. LIONTI. Epatectomia parziale per residui epatite amebica.

Arch. It. Urologia, apr. — S. LATTERI. Cisti solitarie del rene. — R. PALMA. Perforazione dell'appendice in vescica.

Arch. Pat. e Clin. Med., apr. — C. MINERBI. riproduzione del murmure vescicolare e suo determinismo fisico. — A. SANGUIGNI. Il ricambio materiale nel diabete grave.

Rif. Med., 12 mag. — G. LAMI e G. ACQUAFREDDA. L'azione dinamico-specifica come riflesso vegetativo.

Pathologica, 15 mag. — C. NINNI e R. DE BLASIO. Diagnosi sierologica della sifilide e della tubercolosi col « fenolo ». — E. SAMEK e M. MICHELAZZI. Fisiopatologia del tessuto osseo.

Wien. Klin. Woch., 22 mag. — PFAUNDLER. Il rachitismo è un'avitaminosi?

Arch. di Antrop. Crimin. ecc., mar.-apr. — L. BADER e G. CANUTO. I canali di Havers in rapporto all'età.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., apr. — L. MORICONI. L'esostosi bursata.

Lancet, 24 mag. — W. B. CANNON. Il sistema nervoso autonomo. — G. W. THEOBALD. La causa dell'eclampsia.

Ned. Tijdsch. v. Geneesk., 24 mag. — T. VAN LEEUWEN. Prurigo circuscriptum.

Morgagni, 18 mag. — A. MAROTTA. Micosi polmonare infantile.

Münch. Med. Woch., 23 mag. — LÖWENSTEIN. La profilassi antidifterica. — KRUMERICH. Cause dello scompenso cardiaco.

Ann. di Ostetr. e Ginec., mag. — M. B. CETRONI. I cosidetti « miomi rossi » dell'utero. — M. NIZZA. Labilità colloidale dei sieri di gravide, puerpere e di neonati.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., apr. — J.-C. ROUX. Equilibrio tra fermentazioni e putrefazioni nel colon.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — T. FAY. L'epilessia.

Zbl. f. Chir., 24 mag. — F. NESTMANN. Preparazione all'intervento per Basedow. — P. MEYER-RUEGG. Progressi della chirurgia della tiroide e del timo.

Journ. d. Prat., 24 mag. — LEGUEU. Contusione del rene.

Presse Méd., 24 mar. — J.-L. FAURE. Misfatti del raschiamento esploratore nel cancro del corpo uterino.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 1 Settembre 1930 — Num. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI CATANIA
diretta dal prof. L. FERRANNINI.

Un caso di sifilide epatica sclero-gommosa.

Lezione del direttore prof. LUIGI FERRANNINI
raccolta dall'all. int. ALFREDO FERRANNINI.

Non ha nulla di speciale la malattia di questo infermo; ma dal punto di vista pratico-diagnostico e curativo si presta per tante nozioni e considerazioni utili.

Di Ma... Matteo fu Francesco, di anni 48, da Catania, cocchiere, ammogliato; modico fumatore, discreto bevitore; nei suoi precedenti ha di importante qualche malattia venerea (due ulcere ritenute semplici ed una blenorragia seguìta da orchite bilaterale), e tre attacchi di polmonite rispettivamente a 34, 38 e 45 anni. La moglie, sempre sana, non ha avuto alcuna gravidanza.

Egli dice che, solo alla fine di febbraio scorso, cominciò ad avvertire, senza una causa apprezzabile, un molesto senso di tensione all'addome, astenia progressiva, ed un certo grado di dispnea; per cui a metà di marzo ha dovuto chiedere ricovero in Clinica.

E' un uomo, come vedete, in condizioni di nutrizione generale deficiente, di costituzione scheletrica normale, con muscoli flaccidi e cute di colorito bruno-pallido, con pannicolo adiposo scarso, con leggero colorito itterico specialmente apprezzabile sulla congiuntiva e sul frenulo della lingua. Agli inguini e alle ascelle si palpano numerose linfoghiandole piccole indolenti, spostabili; non se ne palpano invece alle epitroclee.

Spicca sopratutto in lui il volume dell'addome, che non sembra eccessivo in questo mo-

mento perchè qualche ora fa è stata praticata una paracentesi di tre litri, per rendervi più agevole la palpazione, ed un'altra paracentesi di 3500 cmc. è stata eseguita due settimane or sono. L'addome è slargato modicamente ai fianchi, ma non ha la classica forma batraciana, inoltre è protuberante in corrispondenza dell'epigastrio. La fossetta ombelicale è appianata; lungo le pareti laterali dell'addome si notano reti venose sottocutanee particolarmente evidenti nel quadrante superiore destro. Abbiamo così tutti i segni di un ostacolo al circolo portale, dimostrato anche dai caratteri del liquido, giallo-citrino limpido ed alcalino, estratto con la paracentesi, che sono prevalentemente i caratteri di un trasudato per la bassa densità (1010), lo scarso contenuto albuminoideo (9 per mille), la reazione di Rivalta negativa, quantunque fosse riuscita leggermente positiva quella di Gangi e nel sedimento vi fossero rare cellule endoteliali di fronte a pochi leucociti polimorfonucleati e numerosi linfociti.

Il liquido ancora discretamente abbondante si trova tuttora nell'addome, ove con la palpazione bimanuale si percepisce ben netto il senso della fluttuazione.

La palpazione su tutto l'ambito addominale provoca una reazione di dolore che l'infermo accusa più vivo nella regione epigastrica: e rileva un aumento diffuso di tensione della parete anteriore, subito al disotto della quale e nella parte superiore dell'addome si raggiungono due grosse masse che non fanno corpo con la parete stessa. Quella di destra, fuoriuscendo dall'arcata costale, arriva in basso sino all'unione dei tre quarti superiori col quarto inferiore della linea xifo-ombelicale e sulle linee costo-pubica e costo-iliaca di destra oltrepassa rispettivamente per 5 e 7 cm. l'arcata costale: in dentro ed anteriormente oltrepassa per poco la costo-pubica di sinistra, mentre in fuori e posteriormente si sente ancora verso la linea angolo-scapolare. Essa ha consistenza inegualmente dura — tra il duro elastico della parte mediana ed il duro lapideo di altrove —, superficie ineguale leggermente accidentata più protuberante verso l'epigastrio, e margini arrotondati e frastagliati con una profonda incisura in corrispondenza quasi della linea costo-pubica di destra. Questa massa è mobile per effetto dei movimenti respiratorii, quindi in alto deve arrivare proprio al diaframma, ma è poco spostabile passivamente; ed è leggermente dolente alla palpazione. Ha insomma tutti i caratteri del fegato.

La massa di sinistra vien fuori anch'essa dall'arcata costale, ma ha un volume più modesto, arriva in indentro ed in avanti alla linea costo-iliaca di sinistra, in fuori ed indietro quasi all'angolare della scapola ed in basso oltrepassa per 3-4 cm. l'arcata costale; ha consistenza duro-elastica uniforme, superficie liscia, margini arrotondati e senza apprezzabili ineguaglianze: è mobile per effetto dei movimenti respiratorii ed anche alquanto spostabile, indolente alla pressione. Ha insomma quasi tutti i caratteri della milza.

La percussione ci assicura meglio che si tratta del fegato e della milza, e conferma la presenza di liquido libero nel cavo addominale. Infatti, a parte quanto si riferisce alle masse suddette, noi possiamo plessimetricamente dividere l'addome in due zone: una superiore e mediana, a suono chiaro, ed una inferiore e laterale a suono ottuso; separate da una linea curva a concavità superiore che nel punto più basso sulla linea mediana taglia quasi a metà la ombelico-pubica e risale poi lateralmente.

Queste due zone si spostano con i cambiamenti di decubito, conservando però gli stessi caratteri. Vi è dunque ancora liquido libero e discretamente abbondante nel cavo addominale.

La percussione sulla massa dell'ipocondrio destro dà suono ottuso per tutta l'estensione della massa stessa che ho già descritta, ed ininterrottamente verso l'alto sino al quarto spazio sulle linee margino-sternale, para-sternale ed emiclaveare di destra, al quinto spazio sull'ascellare anteriore, al settimo sull'ascellare posteriore: si tratta dunque sicuramente del fegato che si spinge più dell'ordinario anche verso l'alto.

Similmente a sinistra la massa descritta è la milza ingrandita, la cui aia plessimetrica si estende ininterrottamente dall'ottava costola sull'ascellare posteriore fin oltre l'arcata costale e dall'angolare della scapola fin oltre la costo-iliaca.

Questi tre fatti culminanti — ascite, epatomegalia, splenomegalia — obiettivamente constatati ed incontestabili, caratterizzano un processo di epatite cronica, e possiamo anche aggiungere subito di epatite cronica venosa per l'evidente inceppo del circolo portale di cui sono sicuri esponenti il marezzamento venoso sulla cute dell'addome e l'ascite. Per questi dati noi possiamo fare diagnosi di « cirrosi epatica venosa ipertrofica » (sia pure per una ipertrofia preatrofica).

Ma qui v'è anche un ittero, ittero che non ha assolutamente i caratteri di quello da ritenzione, perchè le feci di questo infermo non sono state mai scolorate, acoliche: quindi trattasi di un ittero pleiocromico che non presume ostacoli nelle vie biliari.

Nell'urina in un primo tempo abbiamo trovato solo bilirubina mentre più tardi sono comparsi i pigmenti biliari. Trattasi quindi di un ittero pleiocromico orto e meta-pigmentario. È questo un ittero dissociato perchè nell'infermo non abbiamo riscontrato nè il prurito nè la bradicardia nè l'ipotermia, che sono i principali elementi della classica sindrome d'intossicazione colemica. La ricerca chimica

dei sali biliari nelle urine non è stata fatta, perchè è una ricerca laboriosa, difficile, per la quale occorre molto tempo e qui non ci possiamo permettere tanto lusso. La ricerca ordinaria di Hay con i fiori di zolfo, che voi conoscete, ed è molto comoda, neanche è stata fatta perchè è una reazione infida, quindi non ci saremmo potuti fondare sul suo risultato.

Il comportamento della temperatura merita qualche considerazione.

Quando è solo l'ittero ad influire sulla termogenesi dell'organismo, la temperatura corporea si abbassa; se nel nostro infermo questo non si è avuto sempre, e la temperatura qualche volta ha potuto perfino oscillare sul 37°5, dobbiamo ritenere che sia intervenuto qualche altro fattore a modificarla in senso contrario a quanto fa l'ittero e compensando *ad abundantiam* l'azione ipotermizzante dell'ittero.

Al fatto che il nostro infermo non ha presentato il classico prurito non dovete dare importanza, ricordatevi che trattasi di un sintoma subiettivo e comprenderete come questo dato, specialmente in un ittero leggero come quello del nostro ammalato, varii da soggetto a soggetto secondo il temperamento. Con tutto questo non voglio dirvi che qui vi è un ittero completo. Il certo è questo: che trattasi di un ittero dovuto ad iperproduzione di bile ossia ad uno stato d'irritazione della cellula epatica: ciò val quanto ammettere che anche la cellula epatica è alterata.

Saremmo così portati ad ammettere pure una cirrosi ipertrofica biliare tipo Hanot, mentre prima abbiamo dimostrato l'esistenza di una cirrosi venosa: noi possiamo attribuire benissimo l'ipertrofia del fegato con l'ittero alla cirrosi biliare, e tutti gli altri sintomi alla cirrosi venosa.

A questo punto la diagnosi clinica, senza tener conto dell'anamnesi, è di « cirrosi epatica venosa e cirrosi epatica ipertrofica biliare » ossia di una forma mista di cirrosi.

E veniamo alla diagnosi di natura. Anche a non tener conto dei dubbii dell'anamnesi, qui sta il fatto che la reazione Wassermann la quale era riuscita negativa il 15 marzo, è riuscita poi positiva il 25 dello stesso mese dopo riattivazione. La sifilide, dunque è più che un sospetto nel nostro infermo, tanto più che essa nel periodo terziario non risparmia mai il fegato, per il quale ha quasi direi una predilezione, e perchè forse la maggioranza delle cirrosi epatiche è di natura sifilitica.

Nel caso nostro non possiamo in proposito dare alcun valore al dato anamnestico negativo dell'infermo che esclude di avere avuta la sifilide: egli anche fa risalire l'inizio dell'attuale malattia alla fine del mese di febbraio u. s. e nessuno può credergli che quaranta giorni fa questo fegato fosse ancora sano!

Alcuni di loro hanno sospettato un carcinoma epatico. Se questo fegato fosse stato così ingrossato e così profondamente deformato da un carcinoma, questo carcinoma ci avrebbe dovuto dare anche metastasi cachessia marasma, mentre nel nostro infermo tutto questo manca, egli è deperito perchè malato e non è cachettico ed ha ben 4.000.000 di globuli rossi per cmc. di sangue. Non si hanno tanti globuli rossi, e senza alterazioni qualitative, in una cachessia cancerigna! Altro dato in opposizione alla diagnosi di carcinoma è dato dal dolore: il nostro infermo non si è mai lagnato di aver avuto dolori spontanei, dolori continui, dolori intensi, dolori trafittivi, egli invece accusa un po' di dolore solo quando gli palpiamo l'addome, dolore che è dovuto alla distensione della capsula di Glisson ed a periepatite immancabile in un processo di cirrosi.

La polinucleosi (73 %) non è caratteristica del carcinoma più che non sia di qualsiasi cirrosi epatica, come ho dimostrato parecchi anni fa.

Il sospetto di carcinoma dunque non ha alcun serio fondamento.

Forse sarebbe stato più logico sospettare una cirrosi splenica, il morbo di Banti, giacchè parecchi ammettono che la splenomegalia primitiva di Banti possa pure accompagnarsi con cirrosi biliare e mista del fegato oltre che con cirrosi venosa. Ma ci manca qui la caratteristica sindrome ematologica, la triade di Senator con diminuzione dei globuli rossi, dei globuli bianchi e del tasso emoglobinico, mentre nel nostro caso solo la leucopenia (4000 leucociti) può avere importanza giacchè una diminuzione di globuli rossi a 4.000.000 può averla qualsiasi malato.

Ma ricordiamoci che qui la reazione di Wassermann è riuscita positiva.

Voi sapete, che io son dell'idea che alle ricerche di laboratorio, anche quando sono fatte accuratamente, non bisogna dare mai un valore assoluto quando non concordano con i fatti clinici; ma se noi non vogliamo accettare dati che ci vengono dal laboratorio dobbiamo avere però degli elementi per svalutarli, non possiamo respingerli senz'altro. Noi non abbiamo nel nostro caso motivi per infirmare il valore di una reazione di Wassermann positiva; infatti, quest'infermo non è affetto da saturnismo e neanche da malaria, due condizioni che possono far apparire positiva la reazione di Wassermann anche senza che vi sia infezione luetica. Dobbiamo dunque accettare in tutto il suo valore la positività di questa reazione, e ritenere che il nostro infermo è sifilitico.

Ed ora, ha potuto dare la sifilide la sindrome che presenta quest'infermo? Senza dubbio. Vediamo ora se la lue ci spiega gli altri fatti che abbiamo osservato.

Voi ricordate che dai risultati degli esami di laboratorio il liquido estratto con la paracentesi ha quasi tutti i caratteri di un trasudato, ma anche qualche carattere di essudato; in-

fatti la reazione di Gangi è stata debolmente positiva ed il reperto citologico è più da essudato che da trasudato. Questo non è avvenuto, come al solito, dopo parecchie paracentesi che abbiano potuto introdurre nel peritoneo germi d'infezione: ma si è trovato fin da principio come concorso di un processo infiammatorio cronico lieve che qui a nient'altro può attribuirsi che non sia la sifilide.

La lue è l'altro fattore che agisce sulle oscillazioni termiche di questo infermo in senso opposto all'ittero. Infatti tanto la sifilide epatica quanto la sifilide viscerale dànno spesso un lieve aumento della temperatura corporea, insomma una febbricola (e chi sa quante febbricole sono di natura luetica!), in un determinato periodo dell'infezione e propriamente quando si ha il disfacimento dei prodotti sifilitici. Voi infatti sapete anche che durante la cura specifica si ha un lieve aumento della temperatura appunto perchè i medicamenti producono disfacimento del prodotto sifilitico. Ora se noi togliamo all'aumento di temperatura dovuta alla lue, l'ipotermia prodotta dall'ittero, abbiamo la curva termica che presenta quest'infermo.

Che forma di epatite luetica è questa? Anatomo-patologicamente si distinguono tre forme: 1) sclerosa od interstiziale; 2) gommosa; 3) mista (sclero-gommosa). Queste tre forme sono distinguibili non solo anatomo-patologicamente ma anche clinicamente e corrispondono perfettamente alla forma infiltrata, nodulare e mista (cancro-cirrosi) del fegato.

La forma sclerotica od interstiziale è caratterizzata da infiltrazione di tutto il fegato che si mostra quindi molto ingrandito e poco o niente deformato. In questa forma ed in quella mista, essendo inficiato tutto l'organo e non restando quindi che poco o niente tessuto epatico funzionante, si hanno tutti i sintomi dell'insufficienza epatica.

Invece quando trattasi di una lesione abbastanza circoscritta, come lo è la gomma, non è facile avere sintomi d'insufficienza epatica, perchè normalmente la quantità di parenchima epatico è superiore ai bisogni dell'organismo, e se una parte non funziona o mal funziona per effetto della lesione, quel che rimane sano basta ad assicurare una funzione epatica sufficiente.

Ora questo paziente presenta sicuramente una disfunzione ureogenetica, infatti nell'esame praticato il 28 marzo u. s. abbiamo riscontrato il 28 ‰ di urea per soli 400 cmc. di urina, il che fa appena grammi 11,2 di urea per 24 ore, quantità assolutamente deficiente in confronto dell'alimentazione quasi esclusivamente lattea che egli fa. Inoltre, e per quanto possa valere, la prova della somministrazione di 6 gr. di acetato di ammonio ha fatto raddoppiare nelle urine l'ammoniaca che il rene non ha potuto trasformare in urea.

Della lesione della funzione biligenetica ho già detto.

La funzione glicogenetica non appare intaccata. Voi ricordate che, quando a proposito di un altro infermo, abbiamo discusso le varie prove di funzionalità epatica, vi dissi come la prova della glicosuria alimentare per studiare la funzionalità epatica non ha alcun valore se riesce positiva. Infatti il riscontrare zucchero nelle urine, dopo averne abbondantemente dato per bocca, non è indice sicuro che è leso il fegato, ma bensì che è leso in qualche punto il complesso sistema di organi addetto all'assorbimento e alla trasformazione degli idrati di carbonio. Occorrerebbe in tali casi, se mai, dimostrare che tutto il sistema di organi destinato alla trasformazione degli idrati di carbonio è sano eccettuata la cellula epatica. Nel nostro infermo dopo la somministrazione di 150 gr. di miele non abbiamo avuto glicosuria alimentare quindi possiamo ritenere che il complesso di organi adibito alla trasformazione degli zuccheri funziona bene sia pure con qualche supplenza funzionale nei rapporti con qualche punto non perfettamente integro.

Anche l'oliguria, rene e cuore integri, è segno indubbio di lesa funzionalità del fegato, come tante volte ho detto; e il nostro malato, pur essendo a dieta lattea, non fa più di mezzo litro d'urina al giorno. Ma quel che è ancora più sicuro indice di insufficienza epatica qui è l'urobilinuria, la quale dimostra che il fegato non arriva più a trasformare la quantità di urobilina che gli perviene dall'intestino. Noi possiamo essere sicuri perciò che il processo morboso ha invaso tutto il fegato, che la sifilide non vi ha prodotto una lesione localizzata come può essere la gomma ma che vi ha indotta un'alterazione diffusa sotto forma sclerotica od interstiziale oppure sclero-gommosa o mista. Qui la deformazione del fegato e le accidentalità della sua superficie fanno credere più ad una forma sclero-gommosa.

Cosa avverrà di quest'infermo? Quando un fegato è così profondamente alterato con solchi ed irregolarità tanto da avvicinarsi al fegato lobato, quando cioè la proliferazione e la retrazione connettivale alterano così profondamente il fegato, noi non possiamo assolutamente sperare che dalle nostre cure si abbia una *restitutio ad integrum*, ossia la resurrezione di un morto. Noi possiamo sperare con i nostri mezzi terapeutici di garentire il fegato da un ulteriore progresso della lesione, di difendere cioè il tessuto epatico che non è stato ancora leso o che è appena intaccato, ma non possiamo assolutamente fare regredire il processo. Noi possiamo cioè al massimo proporci di arrestare il processo. Teniamo presente però che molte volte la cirrosi comunque prodotta, continua a progredire anche se viene a cessarne la causa.

Il nostro infermo quindi deve fare la cura specifica (arsenobenzoli, bismuto, mercurio...)

nel modo che voi già conoscete ma con speranze assai limitate, senza troppe illusioni ed anche non senza difficoltà. Voi sapete che le cure specifiche, ed in particolar modo la cura mercuriale, riescono debilitanti, per cui noi contemporaneamente ad esse consigliamo sempre una iperalimentazione. Ora se noi intensifichiamo l'alimentazione nel nostro infermo, il fegato cosa farà? Questo fegato che non è sufficiente neppure per il lavoro mite richiestogli dall'alimentazione prevalentemente lattea dell'infermo degente a letto, come si comporterà se noi gli chiederemo un'attività maggiore? Con tutta probabilità vedremo crescere i sintomi d'insufficienza epatica, quindi dovremo fare la cura specifica in condizioni assolutamente sfavorevoli. Non potremo neppur fare, come desidereremmo, una cura specifica intensiva (iniezioni endovenose di preparati arsenobenzolici o bismutici e frizioni mercuriali) non solo per questo, ma anche perchè i farmaci specifici sono tutt'altro che indifferenti per la cellula epatica sana, figuriamoci per una cellula epatica già lesa! Tenendo conto di tutto questo noi qui dobbiamo agire con molta circospezione e fare una cura specifica non molto intensa ed alternarla a periodi di riposo.

Come voi sapete una delle funzioni più importanti del fegato è quella antitossica, cioè di trattenere i prodotti tossici e di trasformarli in prodotti non tossici, quindi nel nostro infermo dobbiamo cercare di non introdurre tossici, di farne sviluppare dagli alimenti introdotti la minore quantità possibile ed infine di eliminarli rapidamente e completamente. Quindi non introdurre gli alimenti ricchi di albuminoidi, e sali di potassio. In questo caso l'alimentazione deve essere semplice, prevalentemente lattea, ma intendiamoci non esclusivamente lattea perchè sarebbe assolutamente insufficiente. Io farei così: alternerei brevi periodi di solo latte, con altri egualmente brevi di alimentazione mista con latte. È opportuno che il passaggio fra un periodo e l'altro avvenga gradatamente facendo mano mano crescere o diminuire la quantità di latte e corrispettivamente diminuire e crescere gli altri alimenti. E questi altri alimenti dovrebbero essere principalmente i latticini freschi (escludendo quelli fermentati), i farinacei, i vegetali verdi (escludendo quelli ricchi di potassio come gli asparagi, gli spinaci, l'acetosella...). Proibiremo evidentemente gli alcoolici, le spezie, gli aromi, le salse piccanti,... Contemporaneamente aiuteremo tutte le funzioni dell'apparato digerente e quindi, a seconda dei bisogni, somministreremo acido cloridrico, fermenti lattici...

È anche opportuno agevolare l'eliminazione dei residui intestinali, dato che la stasi fecale sarebbe dannosa; quindi somministreremo sistematicamente dei lassativi, e consiglieremo un purgante salino dopo la dieta mista, sia per pulire l'intestino, sia per favorire l'eliminazione del liquido peritoneale.

La paracentesi si dovrà praticare solo quando ve ne sarà assoluto bisogno, come nel caso che s'intensifichi la dispnea, che aumenti l'ostacolo alla circolazione, e ciò perchè quanto più si svuota l'addome più si riforma il liquido e questo contiene il 9 ‰ di albumina che viene sottratta all'organismo, per il quale così una paracentesi equivale ad un salasso, che non è proprio indicato per un organismo così deperito.

Si sogliono somministrare diuretici agli idropici per smaltirne i versamenti liquidi.

Non capisco che vantaggio ci sia a sferzare il rene quando invece è malato il fegato ed il rene fa il suo dovere (e nel nostro infermo caccia urina con densità di 1024-1028 senz'albumina e senza elementi renali); sarebbe lo stesso che pigliarsela col cavallo quando è il cocchiere che non sa fare il suo dovere. Se si vuol dare un diuretico bisognerebbe per lo meno sceglierlo tra quelli che agiscono sul fegato come i preparati mercuriali, che avrebbero anche l'indicazione etiologica cui ho già accennato.

Epicrisi. L'ammalato non ha tratto alcun vantaggio dalla cura specifica attuata, è andato peggiorando, ed è morto il 13 aprile con sindrome d'insufficienza epatica.

All'autopsia si è trovato: sei litri di liquido nel peritoneo; il fegato enormemente aumentato di volume (circa tre volte il normale) presentante alla superficie di taglio le caratteristiche di una cirrosi a grandi nodi con zone più ampie di colorito giallo-roseo molli e pastose, evidentemente protundenti anche alla superficie dell'organo; il pancreas indurito con segni di cirrosi; la milza aumentata di volume e di consistenza dura con iperproduzione connettivale. All'esame microscopico il fegato, oltre le note della cirrosi atipica presentava « qualche aspetto che fa sospettare la lue », la milza dava il reperto della splenomegalia della cirrosi epatica, ed il pancreas quello della cirrosi pancreatica,

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Contributo clinico alla cura delle idrosoadeniti mediante aspirazione e iniezione di una sostanza medicamentosa.

Dott. VENANZIO LOZZI, assistente.

Sembrerebbe superfluo scrivere anche una piccola nota su un argomento di così limitata importanza, se l'esperienza non avesse dimostrato abbastanza sufficientemente, già da molto tempo, come la terapia in questo campo abbia frequenti insuccessi. Succede spesso così, in moltissimi campi della scienza, che le cose più comuni vengano trascurate spesso, sopratutto nell'insegnamento ai giovani medici, per cui questi incontrano le prime difficoltà professionali appunto sugli argomenti più comuni.

Ho creduto pertanto che l'argomento non fosse del tutto privo di un certo interesse pratico, data la frequenza della lesione e dati i metodi non troppo efficaci di cura usati fin qui dalla maggioranza dei medici.

Infatti, l'idrosoadenite curata con il metodo comune delle applicazioni caldo-umide, o impacchi antisettici, fino al rammollimento dei noduli flogistici, seguìto da incisione e drenaggio, richiede un notevole lasso di tempo prima che il malato possa guarire; e, data poi la sede prediletta nelle regioni ascellari, la frequenza delle recidive, le condizioni sociali dei pazienti più frequentemente colpiti, ne deriva un lungo periodo di inabilità al lavoro.

Nè i vaccini, autovaccini, sieri, autoemoterapia hanno un influsso decisivo sul decorso dell'affezione, sì da determinare un sensibile accorciamento del tempo di guarigione. Così pure deve dirsi della Roentgenterapia, da alcuni tentata.

L'idrosoadenite delle regioni ascellari, per la facilità di dare recidive multiple per inoculazione diretta delle ghiandole sudoripare vicine al focolaio primitivo, diventa spesso una affezione lunga e fastidiosa, che obbliga i pazienti a frequentare lungamente gli ambulatori chirurgici. La causa delle recidive è, come si è detto, l'inoculazione diretta delle ghiandole sudoripare, per mezzo del pus che si versa fuori dai focolai già aperti e che contribuisce a mantenere *in sito* perennemente l'infezione; si comprende perciò come un metodo, che riuscisse a sterilizzare rapidamente i focolai purulenti, senza produrre delle lesioni secondarie, ed impedire così la infezione di nuove ghiandole sudoripare, porterebbe un miglioramento non indifferente nella cura di questa affezione, rendendo più agevole e più rapida la guarigione. Esso rappresenterebbe il metodo ideale di cura, quello che si dovrebbe attendere dalla vaccinoterapia e dall'autoemoterapia, ma che molto spesso non si ottiene. A questo scopo ho scelto fra i medicamenti quello che mi desse la sicurezza di accoppiare un alto potere battericida, alla massima innocuità verso le cellule dei tessuti. Esso è rappresentato dal Rivanolo « Hoeehst », che il Morghenroth, Schmitzer, Rosemberg, Rosenstain, Klap, Hartel ed altri hanno dimostrato, attraverso numerose osservazioni, possedere grandissime proprietà battericide verso i germi (specialmente) piogeni, annidati nel tessuto vivente, unite al minimo potere lesivo verso i tessuti dell'organismo.

Il Rivanolo è un antisettico derivato dalla acridina, ed è precisamente un « lattato di 2etossi- 6-9diaminoacridina »: si presenta sotto forma di polvere gialla, finemente cristallina, solubile in acqua calda.

Esso è stato largamente usato in Germania e in Russia ed ora anche in Italia, nelle suppurazioni da cocchi piogeni, con ottimo risultato. E' stato usato inoltre per la profilassi e disinfezione delle ferite, per l'antisepsi profonda, mediante iniezione negli ascessi caldi, antrace, mastiti, foruncoli, flemmoni. Non ha azioni secondarie dannose, e non produce che una lieve irritazione locale; la sua tossicità è minima. Esso viene usato in soluzioni all'unodue per cento, e queste soluzioni sono quelle che meglio corrispondono nella pratica, specie per le iniezioni in tessuti già infetti. Quando si deve infiltrare un tessuto infetto, per non provocare dolore, viene usata una soluzione di rivanolo all'1 ‰ col 0,50 % di novocaina.

Tali soluzioni rispondono magnificamente anche per la cura di linfoadeniti rammollite di origine specifica con infezione mista, specie nel collo.

Aspirando il contenuto di una cavità ascessuale, in cui 2-3 giorni prima era stata iniettata una soluzione di rivanolo, si può notare in un preparato per striscio come siano scomparse tutte le forme di cocchi piogeni, e come molto spesso, in pari tempo, le colture restino sterili. L'esame batteriologico culturale è stato fatto in 6 nostri pazienti, mentre negli altri casi, in cui si era estratto pus, si è praticato un semplice esame batterioscopico.

Si è notato che sempre erano presenti i stafilococchi piogeni nel pus estratto prima dell'inizio della cura, mentre scomparivano costantemente dopo 3-4 giorni dalla inoculazione del rivanolo.

Il metodo di cura da me seguìto per l'idrosoadenite è stato semplicissimo. Stabilita la diagnosi e constatata l'esistenza di un focolaio

di rammollimento, si aspira con un ago di medio calibro il pus, quindi si inietta nella cavità ascessuale una certa quantità di soluzione semplice di rivanolo all'1-2 ‰, corrispondente, presso a poco, alla metà del volume del pus aspirato. Non si avverte che un lieve dolore. La parte viene protetta con un piccolo tamponcino e si lascia in riposo per 2-4 giorni. Poi si procede ad una seconda aspirazione ed iniezione: e questo per 2-3 volte fino a scomparsa di ogni segno infiammatorio. Ciò avviene in media tra la IX-XV giornata di cura.

Può succedere che, qualche giorno prima della guarigione, si verifichi una scarsissima fuoriuscita di liquido ematico-purulento attraverso il foro prodotto dall'ultima aspirazione: ma tale gemizio si esaurisce rapidamente, in qualche ora, e non ha nessuna importanza.

Nº d'ordine	Età	Professione	lato affetto	Presenza e quantità di pus	Inizio del male	Numero di iniezioni	Intervallo fra iniezioni	Tempo di guarigione
					giorni		giorni	
1	anni 30	Dd	Sinistro	—	5	3	3	10 giorni
2	» 25	Dd	destro	—	6	1	—	10 »
3	» 25	attore	bilaterale	2 cmc.	8	3	3	12 »
4	» 20	operaio	sinistro	—	5	3	3	15 »
5	» 30	domestico	destro	1 cmc.	6	4	3	15 »
6	» 18	operaio	»	1 cmc.	5-6	3	4	10 »
7	» 25	operaio	»	1 cmc.	5-6	4	2-3	15 »
8	» 18	domestico	»	1 cmc.	5-6	3	2 3	10 »
9	» 25	Suora	sinistro	½ cmc.	5	4	3	12 »
10	» 35	Dd	destro	½ cmc.	4-5	2	3	10 »
11	» 18	domestico	»	—	3	2	3	7 »
12	» 24	studente	»	1 cmc	5	3	2-3	9 »
13	» 28	falegname	»	1 cmc.	5	3	3	12 »
14	» 36	infermiere	sinistro	2 cmc.	7	3	3	15 »
15	» 34	domestico	»	3 cmc.	5	4	2-3	15 »
16	» 19	soldato	destro	1 cmc.	5	3	3	12 »
17	» 33	operaio	sinistro	½ cmc.	6	4	3	12 »
18	» 45	facchino	destro	3 cmc.	5	4	2-3	12 »
19	» 23	tipografo	sinistro	3 cmc.	8-10	4	3	18 »
20	» 35	domestico	»	4 cmc.	6	4	3	18 »
21	» 23	domestico	sinistro destro	3 cmc. 3 ½ cmc.	5 5-6	3 incisione	4	12 » 30 »
22	» 44	facchino	sinistro destro	2 cmc. 2 cmc.	6 5	2 incisione	3	10 » 28 »
23	» 29	fornaio	destro sinistro	1 cmc. 2 cmc.	5 6	3 incisione	2	10 » 26 »
24	» 27	contadino	destro sinistro	2 cmc. 1 ½ cmc.	6 5-6	4 incisione	3	10 » 33 »
25	» 18	operaio	sinistro destro	1 cmc. 1 ½ cmc.	6 6	4 incisione	3	10 » 30 »
26	» 24	operaio	sinistro destro	2 cmc. 3 cmc.	6 7	2 2	4 4	13 » 11 »
27	» 24	studente	sinistro	½ cmc.	5	2	3	8 »
28	» 22	facchino	destro	½ cmc	6	3	3	10 »

Quando ci troviamo di fronte ad un nodulo non rammollito, esso viene, con un sottile ago, infiltrato uniformemente, sia nel centro che alla periferia, con una piccolissima quantità della soluzione di rivanolo col mezzo per cento di novocaina. In quest'ultimo caso assistiamo alla risoluzione del processo con una rapidità ancora maggiore che non nel caso precedente.

Infatti i fenomeni flogistici, il dolore, regredivano rapidamente già verso la III, per scomparire del tutto verso la VII-X giornata. Questi risultati, che mi sembravano sorprendenti quando cominciai ad applicare questo metodo di cura, non mi meravigliarono più, in seguito, e divennero abituali e normali in tutti i casi curati così.

Essendo capitati casi d'idrosoadeniti bilaterali, essi mi servirono come termini di confronto per la dimostrazione dell'efficacia del metodo, eseguendo a destra la cura con i comuni metodi, mentre all'altro lato seguii la mia cura.

I risultati, nei due lati, furono completamente differenti: le lesioni, trattate coll'agopuntura ed istillazione di rivanolo, guarivano in un tempo di gran lunga inferiore a quello occorrente per la guarigione delle lesioni di controllo.

Riassumo brevemente le mie osservazioni nella tabella surriportata.

CONCLUSIONI.

Dalla rapida esposizione delle osservazioni cliniche, si vede subito come il metodo di cura da me seguìto abbia condotto sempre alla guarigione dei focolai di idrosoadeniti in un tempo assai breve.

I risultati concordi e pressochè costanti ottenuti permettono perciò di trarre delle deduzioni abbastanza precise.

Dei 28 casi di idrosoadenite da me trattati, 4 solamente non erano ancora rammolliti, mentre dagli altri 24 si estrasse pus con presenza dello stafilococco piogeno.

In sei casi, dal pus estratto la prima volta fu coltivato lo stafilococco, che non si coltivò più dalla secrezione estratta alla II-III aspirazione; negli altri casi, al semplice esame batterioscopico si constatò scomparsa dei cocchi alla II-III aspirazione.

Il metodo è semplicissimo, alla portata di qualsiasi medico pratico, non richiede nu'l di speciale, non è costoso, non è fastidioso ed è quasi indolore. I noduli di idrosoadenite, sotto l'azione del rivanolo, subiscono un deciso cambiamento, nel senso che i fatti flogistici regrediscono rapidamente, per scomparire del tutto in breve tempo. Spesso dopo dieci, dodici giorni, al posto del focolaio flogistico, non rimane che un piccolo noduletto duro cicatriziale, affatto indolente.

Il tempo richiesto per la guarigione, dall'inizio della cura, varia da 7 a 18 giorni, colla media di 12 giorni, tempo di gran lunga inferiore a quello richiesto per la guarigione dei casi trattati con i comuni mezzi. I casi di controllo, curati con i metodi ordinari, richiedevano per la guarigione, in media, una trentina di giorni: ossia un tempo quasi tre volte maggiore.

Concludendo, si può dire che, il metodo seguìto nella cura dell'idrosoadenite, per la facilità e innocuità di applicazione, rapidità di guarigione, e mancanza di recidive, apporta un notevole vantaggio ai pazienti, per cui è augurabile che subisca una maggiore diffusione.

RIASSUNTO.

L'A. propone come metodo di cura dell'idrosoadenite, l'aspirazione del pus, e iniezione di una soluzione di Rivanolo al 1 per mille, ripetuta 2-3 volte. Riferisce i risultati di 28 osservazioni, che stanno a dimostrare l'efficacia del metodo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Arcispedale di Santa Maria Nuova - Turno Chirurgico diretto dal Prof. OSCAR MARCHETTI, chir. prim.

Su di un caso di ischialgia sintomatica di frattura indiretta di un'apofisi trasversa della V vertebra lombare.

Dott. ROMANELLO MANNINI, assistente.

Lo studio delle fratture isolate delle apofisi trasverse è stato già ampiamente fatto ed in questi ultimi tempi specialmente, diversi AA. si sono interessati dell'argomento portando a contributo la personale casuistica. Perciò mi limito soltanto a ricordare come la presenza di queste lesioni si sia resa sempre più manifesta successivamente all'impiego della radiografia. Infatti i rari casi, per primi descritti sul finire del sec. XIX, non furono altro che reperti di necroscopie (Kalthoener e Thammen) o constatazioni operatorie (Gostynski). Tutti gli altri casi riferiti in seguito vennero dimostrati radiograficamente. Ma se giustamente l'esame radiografico ci ha forniti di un potente mezzo d'indagine diagnostica per questo tipo di lesione scheletrica, tuttavia stimo cosa sommamente utile conoscere la peculiare, a volte assai varia sintomatologia clinica, affinchè, richiamata l'attenzione sull'eventuale possibilità di

una tale lesione, si possa tempestivamente richiederne l'esame radiografico a fine di confermarne l'esistenza, stabilire l'entità e la cura.

La relativa frequenza con cui tali fratture vengono da noi constatate fa logicamente pensare come la scarsezza dei casi osservati in pratica debba dipendere più che da una reale rarità clinica piuttosto da una poco diffusa conoscenza delle modalità patogenetiche e sintomatologiche di queste lesioni. Infatti queste nell'enorme maggioranza dei casi vengono diagnosticate come semplici contusioni lombari, come ematomi muscolari, come lombaggini traumatiche, mentre in altri casi ancora non si è esitato perfino a sospettare di una calcolosi renale, di una appendicite, di una spondilite. Per queste brevi considerazioni, ed allo scopo di richiamare sempre più l'attenzione sull'essenza di queste lesioni, che grande attinenza possono avere con l'infortunistica, riferisco un caso capitato alla mia osservazione che oltre a presentare qualche particolarità sintomatologica di un certo interesse rispetto agli altri, poteva, per le proprie modalità di determinazione, essere misconosciuto.

Riferisco il caso.

B. G. fu Massimiliano, di anni 45, operaio, abitante a Sesto Fiorentino. Nulla di particolare esiste nell'anamnesi remota. La madre morì in tarda età per un neoplasma addominale, mentre il padre morì improvvisamente a 63 anni. La moglie e le di lui figlie sono viventi e sane. Ho goduto sempre ottima salute. Fu esente dal servizio militare per ragioni di famiglia e non accusa di aver sofferto di alcuna malattia venerea.

Il 22-11-1928 si sarebbe procurato uno sforzo alla regione lombare destra nell'atto di caricarsi sulla spalla una balla di vinaccioli del peso di circa 70 Kg. Il paziente, subito visitato da un sanitario, veniva riscontrato affetto da una lombaggine da sforzo e gli veniva applicata una fasciatura a scopo immobilizzante.

Il paziente tuttavia sebbene non fosse più in condizioni di proseguire il suo faticoso mestiere di facchino continuava a lavorare presso la solita ditta in qualità di sorvegliante. Dopo due giorni dall'avvenuto accidente traumatico la ditta cessò il lavoro ed il paziente sebbene in forzato riposo non migliorò della lombaggine, ma anzi questa si faceva più tormentosa per il sopraggiungere, alla distanza di circa dodici giorni dal trauma, di una irradiazione dolorosa lungo l'arto inferiore destro. Così il paziente dopo aver sperimentato per varie settimane molte cure infruttuosamente ricorreva a un sanitario che avendogli riscontrati sintomi netti di ischialgia a carico dell'arto destro, consigliò il ricovero nella Clinica Ortopedica.

Così il 5-V-1928 il paziente entrava in Clinica e dall'esame della cartella nei riguardi dell'obbiettività da esso presentata, possiamo rilevare come netta fosse la sintomatologia dell'infermo nei riguardi dell'ischialgia. Così mentre il paziente riferiva di un dolore quasi continuo a sede lombare con irradiazione lungo l'arto inferiore destro posteriormente e che trovava soltanto tregua nel decubito orizzontale, all'ispezione gli veniva rilevata una scoliosi lombare a concavità verso destra, mentre l'arto inferiore da questo lato appariva lievemente diminuito di

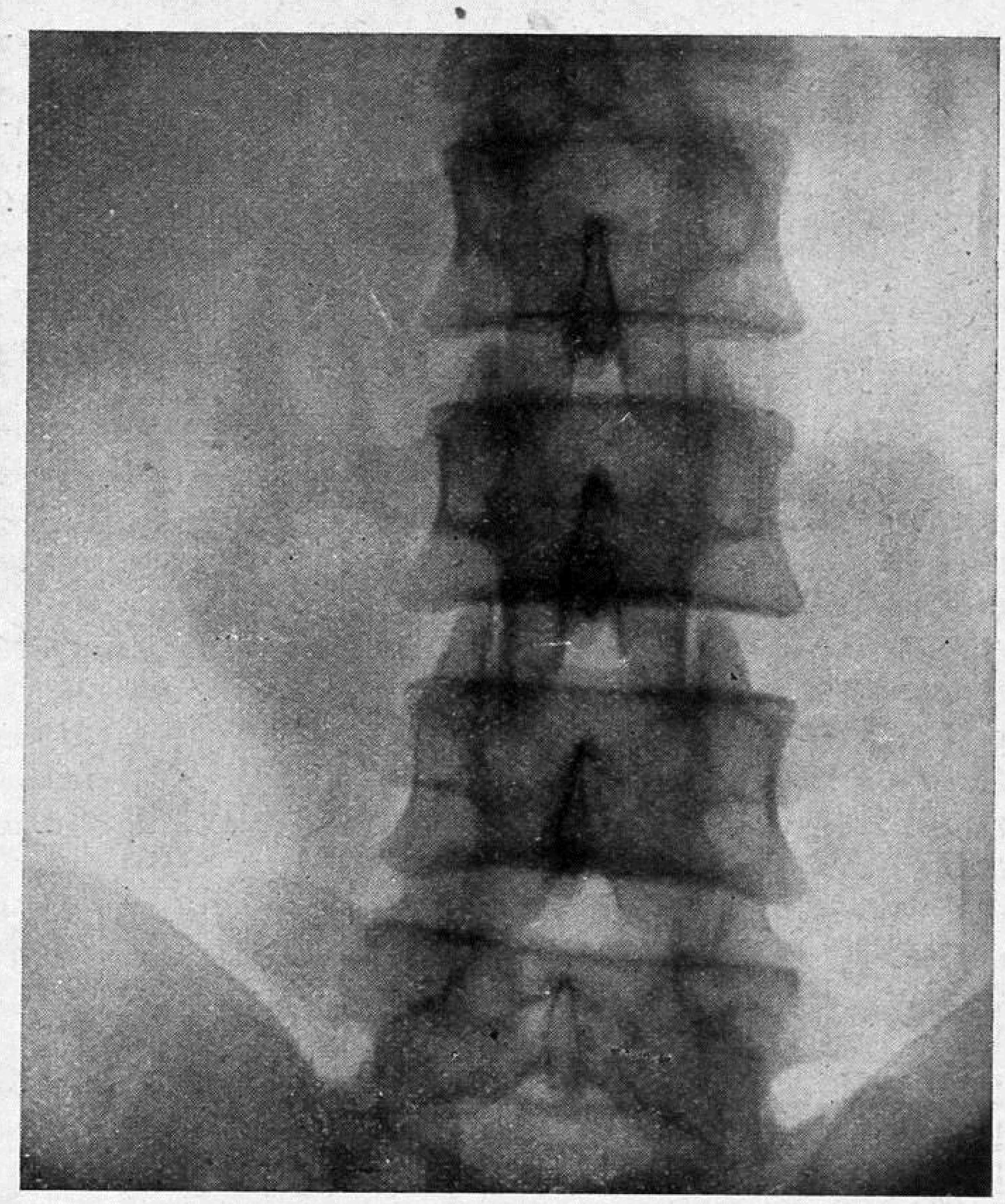


FIG. 1.

volume (ipotrofia muscolare) in confronto del sinistro. La pressione anche lieve sulla regione lombare, come pure lungo tutto il decorso dello sciatico a destra, provocava dolore; mentre viva dolenzia veniva risvegliata pure lungo lo sciatico destro, con particolare accentuazione in sede lombare, facendo flettere la coscia destra sul ba-

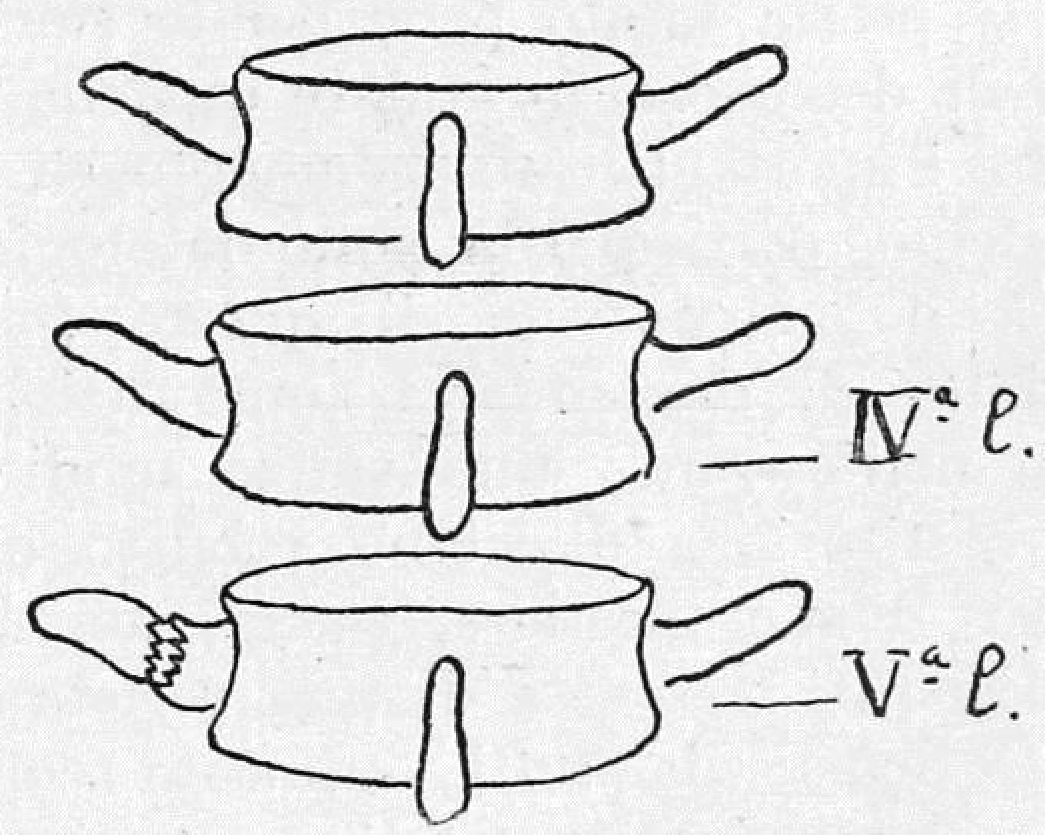


FIG. 2.

cino od imprimendo un movimento di torsione e d'inclinazione della colonna vertebrale verso il lato sinistro. Presenti in maniera netta erano pure i sintomi del Lasègue, del Kerning, dolorosa la manovra del Brundzinski. I muscoli erano ipotonici ed i riflessi patellare ed achilleo indeboliti. Nulla veniva rilevato a carico della sensibilità.

L'esame radiografico della colonna vertebrale nella regione lombare (vedi figg. 1 e 2 qui ri-

portate) chiariva il quadro sintomatologico mettendo in evidenza « la frattura dell'apofisi trasversa destra della V vertebra lombare senza apprezzabile spostamento dei frammenti ». Al paziente venivano così applicati in tempi successivi tre apparecchi gessati ed infine fu fornito di un busto ortopedico.

Il 20-VII-1929 l'infortunato entra nel turno chirurgico diretto dal prof. Marchetti per perizia.

Esame obbiettivo. — Il paziente appare di conformazione robusta, ben nutrito, con masse muscolari assai bene sviluppate. Nessuna deformità è rilevabile a carico dello scheletro. I visceri toracici e addominali sono apparentemente normali. Se si fa una modica pressione sulla regione lombare destra, a livello della IV-V vertebra, il paziente accusa dolore assai vivo che dice irradiarsi subito alla coscia dello stesso lato fino al poplite — esegue tuttavia dei movimenti di lateralità e di flesso — estensione del segmento lombare della colonna vertebrale senza accusare manifestamente della dolorabilità. Egli riferisce trarre gran giovamento dall'uso del busto ortopedico, perchè può tenere bene la posizione dritta senza sentire le sensazioni dolorose surriferite. L'esame volumetrico comparativo dei due arti inferiori non dimostra alcuna differenza, quindi non alterate condizioni trofiche. Cute e cellulare appaiono normali e non si notano differenze con l'altro lato. I riflessi tendinei rotulieni e del piede, sebbene un po' esagerati, appaiono di eguale intensità bilateralmente. Il punto di emergenza dello sciatico destro è doloroso alla pressione, mentre una certa dolorabilità alla pressione si rileva lungo tutto il decorso del nervo fino al poplite. L'esame elettrico dell'arto inferiore destro non fa rilevare nel campo del nervo sciatico, tanto con la corrente faradica che con la galvanica, alterazioni dell'eccitabilità nervosa e muscolare sia in qualità che in quantità.

Il caso che qui per intero ho riportato, oltre al suo valore, come vedremo, dal lato infortunistico si presta molto bene per le sue particolarità di decorso a formulare qualche considerazione importante sull'argomento ed a precisare alcune particolarità sintomatologiche.

Qual'è il meccanismo di queste fratture? Viene fatto di domandarci come nel nostro paziente nell'eseguire uno sforzo modico per la sua costituzione di uomo robusto ed abituale per il suo mestiere, possa essersi fratturata l'apofisi trasversa di una vertebra lombare? È ormai da tutti ammesso come in queste fratture duplice sia il meccanismo patogenetico, vale a dire duplice l'azione che agisce nel determinismo di queste lesioni, cioè il trauma diretto e l'indiretto; quest'ultimo determinato mercè lo sforzo muscolare. Tuttavia senza addentrarmi nella potogenesi di queste lesioni, sebbene esista ancora disparità d'intendimento fra gli Autori circa il prevalere dell'uno o dell'altro meccanismo di frattura, rilevo come nel nostro caso il meccanismo indiretto abbia determinato la lesione ossea.

Questo meccanismo d'azione è interpretato dai più come effetto di valide e rapide contrazioni delle sviluppate masse muscolari che prendono inserzione sui processi rachidei lombari, e che facilmente entrano in giuoco nei lavori faticosi e negli sforzi. Nel nostro paziente infatti i due fattori essenziali per il determinismo indiretto di queste fratture, masse muscolari ben sviluppate e sforzo subitaneo, furono presenti. Conviene rilevare frattanto come un tale meccanismo di azione, che assai spesso interviene quale momento eziologico nel determinismo di queste lesioni, non richiami facilmente alla mente di chi esamina la possibilità di una eventuale lesione vertebrale, ma sibbene sia per il suo modo di prodursi sia per la mancanza di lesioni esterne locali, faccia propendere spesso verso la diagnosi di semplice lombaggine traumatica.

Il nostro paziente con una frattura localizzata in una appendice ossea della colonna vertebrale poteva lavorare ancora per qualche giorno. Di solito gli individui colpiti da fratture analoghe si trovano nell'impossibilità di compiere i movimenti del tronco e solo malamente quelli degli arti inferiori. Tuttavia dobbiamo rilevare come la sintomologia in questi casi sia in gran parte subiettiva e perciò legata molto alla sensibilità individuale ed alla mentalità dell'infortunato. Nella recente statistica pubblicata dal dottor Toschi « Sulle fratture isolate delle apofisi trasverse delle vertebre lombari » su diciotto casi riuniti nella infortunistica della Cassa Nazionale Infortuni di Bologna ve ne ha uno solo nel quale l'infortunato, che aveva riportato la frattura della prima apofisi trasversa lombare, poteva proseguire il suo lavoro per i primi due giorni consecutivi all'accidente.

Il nostro paziente presentò pure una scoliosi.

In questi tipi di fratture infatti si può avere inclinazione della colonna vertebrale con concavità dal lato della lesione (Lussana) oppure dal lato sano come sostiene il Colle.

La scoliosi che ordinariamente suol prodursi per una lesione dei corpi vertebrali (schiacciamento o scivolamento laterale) e che si identifica in una deviazione ad *latus* della colonna vertebrale può anche aversi per una lesione muscolare o per una contrattura dei muscoli che si attaccano alla colonna vertebrale. Ora nel caso di frattura di una apofisi trasversa solo per questa seconda modalità patogenetica può aversi una scoliosi. Le lesioni

muscolari determinate dalla frattura, il frammento staccato dall'apofisi che viene ad assumere una anormale posizione possono essere fattori determinanti una contrazione muscolare ed in definitiva una contrattura con effetto in scoliosi, ma questa è sempre temporanea appunto perchè le alterazioni muscolari essendo di poco momento, tanto più se la frattura è indiretta come nel nostro caso, non possono indurre stati permanenti di miosite con esiti in contrattura atti a deviare il rachide. Quindi la deduzione logica di non immobilizzare il rachide per lungo tempo in apparecchi gessati.

Ma ciò che merita particolare rilievo nel nostro caso e sul quale stimo utile richiamarvi l'attenzione è la sintomatologia ischialgica insorta in un periodo di tempo relativamente distante dal trauma.

Consultando la vasta bibliografia sull'argomento con speciale riguardo alla sintomatologia riferita, non ho trovato alcun caso che presenti le peculiarità sintomatologiche riscontrate nel nostro paziente. Come la lesione scheletrica del nostro paziente può aver dato l'ischialgia? Certamente per l'effetto della frattura in sede di lesione devono necessariamente essere insorti fatti flogistici reattivi, sia determinati da stravaso sanguigno nella rima di frattura, sia dagli strappi muscolari dei fascetti alla loro inserzione sull'apofisi trasversa, fatti flogistici che hanno necessariamente interessato i filetti nervosi vicini che allo sciatico si riferiscono per la sua seconda radice. Si è così costituita una nevrite con effetto sintomatologico in nevralgia. A questo proposito riporto qui una tavola schematica nella quale è particolarmente evidente il rapporto anatomico sopra ricordato.

Un tale meccanismo patogenetico ci spiega anche come il dolore potè insorgere nel nostro paziente, più acuto e con irradiazione lungo lo sciatico, a vari giorni di distanza dalla lesione con un crescendo che raggiunse l'acme entro uno spazio di varie settimane per poi decrescere gradatamente.

Infatti riportandoci all'esposizione sopra fatta del caso clinico è facile rilevare come, per la lesione riportata il nostro paziente fosse in grado di accudire sia pure parzialmente al proprio lavoro e come soltanto più tardi, dodici giorni circa dal trauma sofferto, in un periodo di completo riposo insorgesse gradatamente un dolore piuttosto vivo lungo tutto il decorso dello sciatico di destra, dolore che non cedendo a svariate terapie spingeva il paziente in un primo tempo a consultare un sanitario, indi a ricoverarsi nella Clinica Ortopedica (5 maggio 1928). Dall'esame della cartella clinica abbiamo veduto come chiara fosse la sintomatologia presentata dal nostro paziente, estrinsecantesi in dolore vivo lungo tutto lo sciatico di destra, con Lasègue evidentissimo, con diminuzione dei riflessi tendinei e con scoliosi omolaterale. Sintomatologia questa non dubbia per una diagnosi generica di sciatica; tuttavia bene analizzando i sintomi presentati dall'infermo vi possiamo trovare elementi diagnostici di un certo valore per precisare la natura dell'ischialgia constatata. Infatti nel nostro paziente potevamo rilevare che, mentre il decubito orizzontale era tollerato in

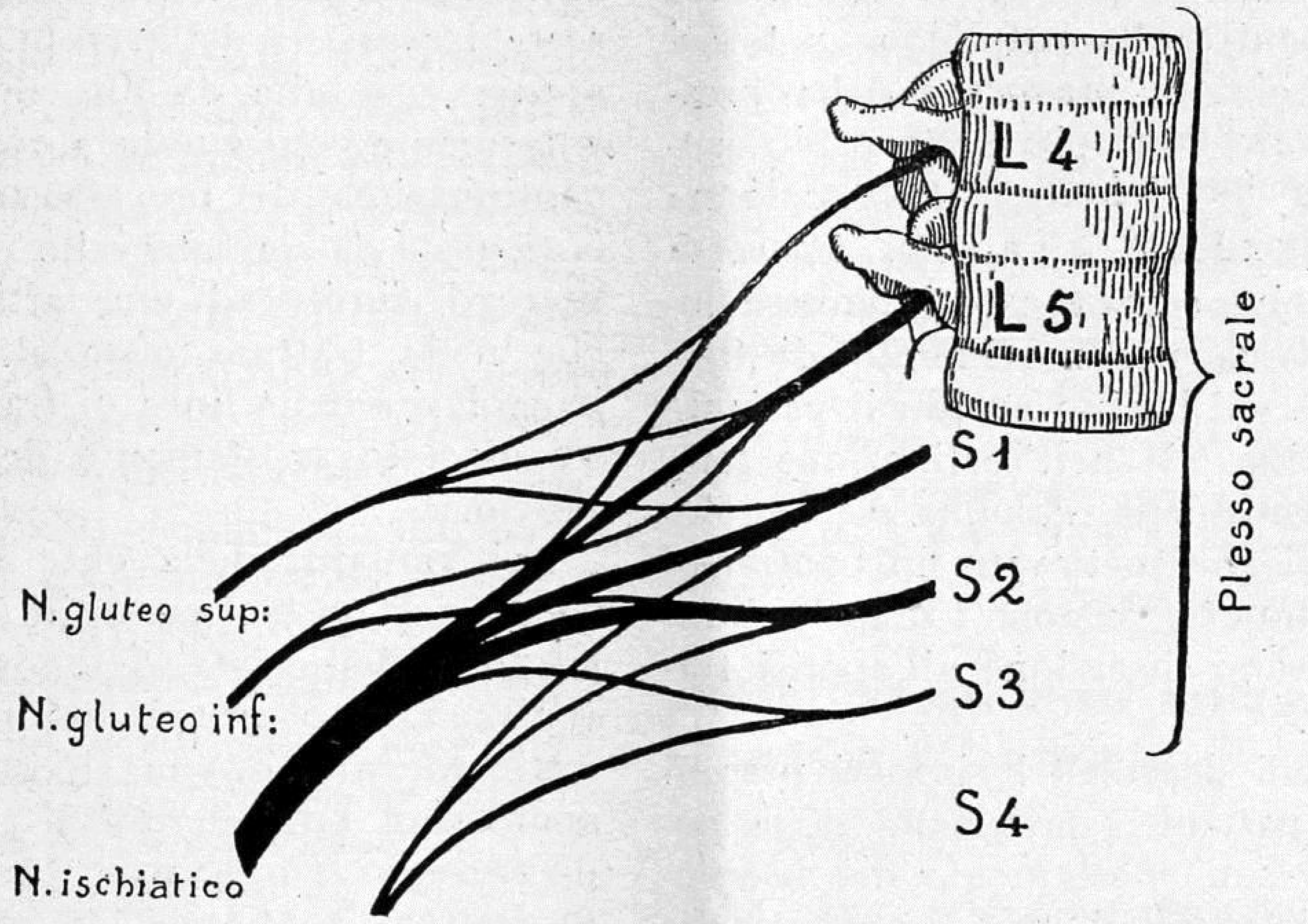


FIG. 3.

quanto che immobilizzava il segmento lombare della colonna vertebrale e non provocava viva pressione sui processi laterali, dolorosi ed insopportabili apparivano invece i decubiti laterali come pure la stazione eretta e quella seduta senza spalliera, posizioni quest'ultime che richiedevano per il mantenimento dell'equilibrio, l'azione continuata dei muscoli del dorso, dei lombi e degli psoas-iliaci. Mentre che il paziente affetto da sciatica essenziale si giova delle posizioni che mettono a riposo eminentemente lo sciatico sia con la posizione seduta sia con il cammino. Se nei riguardi dell'atteggiamento questi potevano essere i rilievi sintomatologici differenziali fra l'ischialgia essenziale e la sintomatica, non minore importanza in favore di quest'ultima acquistavano i rilievi obiettivi presentati dal nostro paziente. Così mentre alla palpazione potevasi rilevare come il dolore provocato dalla pressione digitale locale fosse più netto e più sentito lateralmente in vicinanza della colonna lombare, corrispondente all'apofisi trasversa lesa, così si riusciva a provocare intensa dolorabilità lombare sia nel movimento di flessione della coscia sul bacino stando il paziente in posizione supina, sia nell'inclinazione laterale dal lato sano della colonna vertebrale, movimenti questi che mettevano in contrazione e rispettivamente in tensione i muscoli lombari che prendevano inserzione all'apofisi trasversa fratturata.

Nei riguardi poi degli altri sintomi presentati dal nostro paziente, deviazione della colonna vertebrale con spostamento del bacino, sede ed irradiazione del dolore, disturbi della tonicità e dei riflessi non vi potevamo trovare dati speciali per differenziare questi due tipi d'ischialgia, se si aggiunge pure che mai nel nostro paziente poterono rilevarsi tumefazione nè macchie ecchimotiche lombari.

Quindi sebbene in generale non si possa stabilire un quadro sintomatologico netto per questi tipi di lesione scheletrica tuttavia la conoscenza delle loro particolarità sintomatologiche oltre a richiamare sempre più alla mente la possibilità di queste lesioni, potrà pure servire a differenziare queste forme morbose da altre consimili, mentre un ulteriore esame radiografico potrà completamente svelarle. Così nel nostro paziente sebbene i dati anamnestici fossero poco chiari potevamo giungere, soltanto attraverso i rilievi sintomatologici, al concetto diagnostico di un'eventuale ischialgia secondaria mentre l'esame radiografico, appositamente richiesto, poteva dimostrare la lesione scheletrica vertebrale la quale era causa della sintomatologia nervosa su rilevata. Dal lato radiologico però dobbiamo rilevare in genere come anche questo valido mezzo d'indagine diagnostica non sia sicuro in maniera assoluta. Infatti a seconda del diverso contenuto della cavità addominale, della disposizione delle guaine che avvolgono le masse muscolari lombari, della varia disposizione dei lobuli di grasso negli interstizi muscolari ed aponevrotici, possono essere lasciate delle impronte da renderne incerta l'interpretazione radiologica.

Senza dire per altro che oltre alla permanenza e quindi al suo rilievo radiologico della linea epifisaria della prima apofisi trasversa lombare che normalmente è ossificata al 25° anno circa di età, in casi di frattura dell'apofisi trasversa delle prime due vertebre lombari, radiologicamente bisogna saper riconoscere i caratteri della costa lombare, la quale appare costituita da una masserella ossea regolarmente configurata a contorni netti, quasi continuazione del processo trasverso, dal quale è separata da un intervallo chiaro a limiti ben marcati simili ad una articolazione, mentre che nella frattura oltre all'obliquità ed alla irregolarità della linea di frattura esiste sempre un discreto spostamento del frammento apofisario.

Nei riguardi della cura dobbiamo ritenere come nel nostro caso, in un primo tempo, a causa dell'errata diagnosi il paziente non veniva tenuto per il tempo necessario (tre settimane almeno) in riposo assoluto in letto come suol farsi in questi tipi di frattura. In un secondo tempo invece, stabilita la diagnosi di frattura apofisaria, la cura con apparecchi gessati indi con un busto ortopedico appare inadatta se non del tutto dannosa. Il prof. Marchetti nel trattamento di queste fratture condivide l'idee emesse dal Toschi, nel capitolo « Sulla cura delle fratture delle apofisi trasverse ». Egli così sostiene la necessità di tenere i pazienti subito dopo il trauma in riposo assoluto in letto per almeno tre settimane, facendo seguire subito dopo un'adatta cura fisica per il ripristino completo della funzione. Infatti è facile comprendere come la riduzione di una frattura di apofisi trasversa lombare incruentemente sia impossibile. La sede profonda dei frammenti nascosti e spostati dalle grosse masse muscolari dorso lombari rende vana la manovra di riduzione. D'altra parte l'applicazione d'apparecchi gessati in questi fratturati non è giustificabile per il fatto che oltre a non servire alla coattazione dei frammenti nè a mettere in riposo assoluto i muscoli che mantengono l'equilibrio, contribuisce sempre più a fomentare la morbosa mentalità

di questi soggetti, che se infortunati sono particolarmente proclivi ad esagerare. Mentre possiamo affermare con certezza in base a molti casi trattati, che la maggior parte di questi fratturati può guarire in due mesi circa come pure ha osservato Magnus il quale riferisce che nel maggior numero di questi fratturati ebbe la scomparsa dei postumi entro il sesto mese.

*
* *

Il caso qui riferito infine ha pure molta importanza pratica anche dal lato infortunistico poichè ci mostra come la sintomatologia ischialgica accusata dal nostro paziente, sia pure insorta in un periodo di tempo relativamente distante dal trauma, avesse un reale rapporto con lo sforzo precedentemente fatto in occasione di lavoro e come giustamente dovesse essere valutata agli effetti dell'indennizzo. Da ciò rilevo ancora una volta tutte le necessità di una diagnosi quanto più possibile precoce di queste lesioni e ciò principalmente per la prognosi, per stabilire un'opportuna cura e per la necessità della valutazione definitiva del danno eventuale. Così nel nostro paziente per il persistere di turbe dolorose a carico della regione lombare e dello sciatico di destra, fatti questi facilmente imputabili all'imbrigliamento di filetti nervosi delle radici dello sciatico nel callo di frattura, sebbene nessuna altra traccia rimanesse della sciatica sofferta, alla distanza di circa 23 mesi si dovette liquidare, agli effetti della capacità lavorativa con una parziale permanente.

RIASSUNTO.

L'A. nell'esporre un caso vero d'ischialgia sintomatica di frattura indiretta di un'apofisi trasversa della V vertebra lombare ne trae motivo per parlare del meccanismo d'azione di queste fratture, della loro speciale sintomatologia e del mezzo per diagnosticarle.

L'A. infine discutendo i veri sistemi di cura fin ora in uso, precisa il comportamento terapeutico di queste lesioni non tralasciando di rilevarne il valore prognostico specie nei riguardi dell'infortunistica.

BIBLIOGRAFIA.

1) COLLE G. *Contributo alla conoscenza della frattura dei processi laterali delle vertebre lombari.* Archivio Ital. Chir., vol. XV, pagina 489, 1926.
2) GOLDON D. *Fractures isolées des apophises transverses des vertèbres lombaires.* Journ. de Radiologie et d'Electrologie, t. XI, n. 4, avril 1927, pag. 239 (Ovadea, Roumaine).
3) LUSSANA S. *Della frattura isolata delle apofisi trasverse delle vertebre lombari.* Minerva Medica, a. V, n. XI, pag. 332.
4) MAGNUS (Bochum). *Die Querfortsatzbruche der wirbelsaule.* Zentr. f. Chir., n. 22, 1928, pag. 1364-1366.
5) PIERI G. *Le lesioni traumatiche della colonna vertebrale.* Archivio di Ortopedia, vol. 23, pag. 178. Tip. Amosso Biella.
6) PIERI G. *Contributo allo studio delle fratture dell'Atlante* Archiv. Ital. di Chir., vol. 17, a. 1927, pag. 273.
7) TANTON. *Fractures isolées des apophises transverses.* Revue de Chir., vol. 42, pag. 1101, 1877.
8) ZANIBONI A. *Frattura isolata di un processo trasverso vertebrale da probabile contrazione muscolare.* Arch. Ital. di Chirurgia, vol. 12 (in onore di Q. CARLE).
9) TOSCHI G. *Fratture isolate delle apositi trasverse delle vertebre lombari.* La chirurgia degli organi del movimento, vol. XIV, fascicolo 3, 192., pag. 285. Editore Cappelli, Bologna.
10) GOSTYNSKI. Inaug. Dissert, Greiswald, 1897.
11) CANAVERO G. *Sulla frattura delle apofisi trasverse delle vertebre lombari.* La chirurgia degli organi del movimento, vol. XIII, fascicolo 3, 1929, pag. 323.
12) CHAVANNAZ J. *Les fractures isolées fermées des apophises transverses lombaires.* Revue de Chirurgie, 1929, t. LXVII, n. 1, pag. 40-92 et n. 2, pag. 121-195.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Recenti acquisizioni sulla cura e sulla concezione del diabete.

(W. MEYER. *Die Mediz. Welt*, n. 18 e 19, 1930).

La cura del diabete deve tendere a rendere il malato aglicosurico. L'aglicosuria deve essere però assoluta, l'urina deve essere cioè priva di zucchero in tutti i giorni e in ogni porzione giornaliera. Solo nel diabetico mantenuto del tutto aglicosurico, può infatti migliorare la malattia, può aversi cioè un progressivo miglioramento della tolleranza agli idrati di carbonio. L'aglicosuria si ottiene col regime dietetico o con l'insulina. Il regime deve essere povero in calorie (28 calorie per kg.), e povero in albumina (0,8-1 gr. per kg.). La quantità di idrati di carbonio varia a seconda della tolleranza, in nessun caso essa supererà i 60-80 gr. L'energia viene fornita al diabetico principalmente dal grasso. In alcuni casi basterà il solo regime dietetico, in altri casi sarà necessario ricorrere anche all'insulina. Il paziente viene tenuto per 2 giorni ad una dieta che segue i criteri suaccennati, ma priva di idrati di carbonio. Se al secondo giorno di tale dieta l'urina non contiene zucchero, si potrà fare a meno dell'insulina. Si proibiranno ancora per alcuni giorni gli idrati di carbonio, si somministreranno quindi in dosi progressivamente crescenti, controllando continuamente l'urina.

Trovata in tal modo la quantità massima tollerata senza glicosuria, si consentirà nel vitto giornaliero una quantità di idrati di carbonio corrispondente ai 2/3 della quantità massima tollerata. Una quantità di almeno 25 gr. al giorno basterà di solito ad evitare il pericolo dell'acidosi.

Se invece al secondo giorno di prova il diabetico elimina ancora molto glucosio nell'urina, si dovrà ricorrere all'insulina. In generale si dovrà calcolare una unità di insulina per ogni gr. di glucosio: si inietteranno quindi giornalmente tante unità, quanti sono i grammi di glucosio eliminati nell'urina delle 24 ore, e in più di 30 unità per fare tollerare i 30 gr. di idrati di carbonio che è necessario somministrare. La dose di insulina verrà suddivisa in 2-3 (talvolta sono necessarie 4-5) iniezioni giornaliere, fatte 1/2 ora prima dei pasti contenenti gli idrati di carbonio. Tranne che nei casi molto gravi, la tolleranza verso gli idrati di carbonio del dietetico razionalmente curato con l'insulina migliora progressivamente: già dopo 8 giorni è perciò necessario diminuire la dose di insulina. Ogni terzo o quarto giorno si diminuirà la dose di 4-5 unità. Dopo alcune settimane di cura insulinica si riesce così costantemente nei casi lievi, abbastanza spesso nei casi medi di ottenere un bilancio attivo di idrati di carbonio anche senza insulina.

Qualsiasi infezione invece peggiora la tolleranza del diabetico: durante infezioni febbrili, p. es. la polmonite, possono essere necessarie fino a 200-300 unità al giorno per ottenere l'aglicosuria. La convalescenza si accompagna ad un rapido miglioramento della tolleranza, è perciò necessario diminuire la dose di insulina di 30-40 unità al giorno, se non si vogliono determinare gravi ipoglicemie.

Prima di operazioni, si darà l'insulina in eccesso, per ridurre al normale il contenuto in glucosio del sangue e dei tessuti: si aumenterà di 5-10 unità al giorno la dose di insulina, anche dopo aver ottenuta l'aglicosuria. Così per piccole operazioni si daranno in più di 20 unità, per grandi operazioni, 40 unità di insulina.

Nel coma diabetico la prognosi dipende dalla precocità della cura insulinica. L'insulina iniettata non più tardi di 6 ore dopo l'inizio del coma, salva costantemente la vita. Si iniettano 100 unità (50 per via endovenosa) insieme a soluzione glucosata. Dopo 4 ore si inietterà una quantità che varia a seconda del contenuto in glucosio dell'urina emessa nel frattempo.

La sintalina, l'unico preparato antidiabetico attivo per via orale, abbassa la glicemia solo nei casi non gravi. Il rimedio determina a lungo andare quasi costantemente sintomi di intolleranza, inoltre esso influenza in senso dannoso lo stato generale.

POLLITZER.

Glicosurie non diabetiche.

(ALLAN WINTER ROWE e MARY MAC-MANUS, *The Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, giu. 1930).

Premesso che essi usano la parola diabete per indicare solo la condizione derivante da deficiente funzionalità delle isole del Langherans, gli AA. riferiscono i risultati di osservazioni fatte su circa 2000 ammalati.

Essi dividono le glicosurie non diabetiche in endocrine e non endocrine. In più di un terzo dei casi non notarono alterazioni delle ghiandole a secrezione interna e in questo gruppo essi escludono l'importanza dell'età e del sesso; notano nel 70 % dei casi una malattia ben definita (psicosi, malattie del sangue, neoplasmi maligni, malattie del fegato, o lues).

Nel gruppo delle glicosurie non diabetiche di natura endocrina essi distinguono un gruppo con disfunzione pituitarica (ipoattività del lobo anteriore e iperattività del posteriore), uno con disfunzione tiroidea (tanto ipo- che iperfunzione dimostrabili nella stessa persona), un gruppo con disfunzione ovarica (o donne castrate o con disturbi simili a quelli da castrazione), un gruppo di malati delle surrenali (iposurrenalismo o anche morbo di Addison) e un gruppo con alterazioni pluriglandolari.

In 1/8 di questi casi da alterazioni endocrine esistevano però lesioni non endocrine a cui si poteva attribuire la glicosuria (tumori cerebrali, psicosi, malattie epatiche, gravidanza, lues).

Nei casi di glicosuria non diabetica gli AA. non trovarono che 10 casi con glicemia al disopra di 120 mgr. per cento e solo 4 al disopra di 130 (il numero totale dei casi fu di 286).

Nei riguardi della tolleranza al galattosio, nel gruppo non endocrino prevale la poca tolleranza, mentre questa è normale solo in 1/6 dei casi; in un solo caso ci fu tolleranza aumentata ed era in un malato di sindrome parkinsoniana da encefalite. Una diminuzione di tolleranza al galattosio fu pure osservata nella maggioranza dei casi del gruppo endocrino.

Gli AA. studiarono anche la glicosuria in 100 donne gravide; la trovarono 18 volte e in tutti i casi con glicemia normale.

Discutendo quanto hanno esposto gli AA., riconoscono che fra le ghiandole a secrezione interna, escluso il pancreas, l'ipofisi è la più importante nel metabolismo dei carboidrati. Il meccanismo di produzione delle glicosurie non diabetiche è certo molto complesso.

R. LUSENA.

È il rachitismo una avitaminosi?

(M. PFAUNDLER. *Wiener Klin. Woch.*, n. 21, 1930).

Si potrebbe considerare il rachitismo una avitaminosi se si riuscisse a dimostrare:

1) che la sostanza antirachitica è una vitamina;

2) che una deficienza in tale vitamina determina per sè sola la malattia o almeno ne costituisce il punto di partenza e l'elemento essenziale.

Vitamine sono considerate da tutti gli autori sostanze contenute negli alimenti, fornite all'organismo per via esogena e che l'organismo non è in grado di formare da solo. La vitamina antirachitica è oggi identificata con l'ergosterina attiva. Questa è però una sostanza che noi riscontriamo soltanto nell'olio di fegato di alcune determinate specie di pesci e nel tuorlo di alcune uova. Queste sostanze, le sole che contengano la presunta vitamina antirachitica, non fanno di solito parte dell'alimentazione del lattante nei primi due quadrimestri di vita. Non possiamo quindi dire che il lattante normale non diventa rachitico perchè riceve con l'alimento la vitamina antirachitica. Si potrebbe obbiettare che l'organismo del lattante contiene riserve di questa vitamina fornitegli durante il periodo fetale e provenienti dall'alimentazione materna. Si sa però che l'uso anche abbondante di uova da parte delle donne gravide non impedisce il rachitismo nei loro lattanti; d'altra parte alcuni popoli si astengono per ragioni rituali dall'uso di uova di uccelli, nè prendono dell'olio di fegato di pesci eppure i loro lattanti non ammalano di rachitismo con più frequenza di quelli di altre regioni. Anche durante la guerra in alcuni paesi ed in alcune classi sociali le uova sono state per dei mesi escluse dall'alimentazione, eppure il rachitismo non è aumentato nei lattanti. Alcune donne sono costrette ad astenersi del tutto dall'uso di uova a causa di grave idiosincrasia; i loro lattanti non sembrano particolarmente disposti al rachitismo.

Non possiamo quindi attribuire il rachitismo alla mancanza della cosidetta vitamina antirachitica. Mentre l'ergosterina attiva, la cosidetta vitamina antirachitica D, è contenuta soltanto nell'olio di fegato di alcuni pesci e nel tuorlo di alcune uova, l'ergosterina inattiva, chiamata provitamina D è contenuta nella maggiore parte dei nostri alimenti. Noi sappiamo però che il contenuto in provitamina degli alimenti non evita affatto il rachitismo, che il rachitismo si evita e si cura soltanto se l'ergosterina inattiva viene trasformata in ergosterina attiva, come avviene in seguito ad irradiazione ultravioletta. Noi possiamo curare il rachitismo in modo rapido e sicuro senza alterare per nulla l'alimentazione del malato; il rachitismo non può quindi considerarsi come una malattia da deficienza di sostanze fornite dagli elementi, ma tutto al più una malattia dovuta a deficienza di raggi, un'« anactinosi ». Sembra inoltre che la provitamina fornita con gli alimenti, contrariamente a quanto accade della vitamina non venga affatto assorbita, e che il contenuto provitaminico dell'organismo venga formato per via endogena. Le vitamine sono sostanze che l'organismo non è in grado di sintetizzare, quindi anche la cosidetta provitamina D non si potrebbe più considerare come appartenente al gruppo delle vitamine.

Alcuni autori affermano che nelle regioni povere di sole, specialmente in quelle polari, il rachitismo viene evitato in seguito all'uso di grandi quantità di olio di fegato di pesce. Tra le popolazioni polari il rachitismo potrebbe allora fino ad un certo punto esser considerato una avitamonosi.

Anche quest'ultimo rifugio della teoria avitaminica dell'organismo si è però dimostrato inesatto: infatti i lattanti non ricevono nelle regioni polari dell'olio di fegato di pesce, nè esso fa parte dell'alimentazione delle donne gravide ad eccezione delle popolazioni lungo le coste del mare di Behring, dove vengono consumate aringhe i cui fegati furono trovati dotati di azione antirachitica.

La sostanza antirachitica sia essa fornita dall'esterno per via alimentare o sia essa formata dall'organismo stesso in seguito all'irradiazione ultravioletta, previene e cura il rachitismo. Questo non dimostra però che la causa del rachitismo consista in una deficienza in tale sostanza.

Si potrebbe benissimo ammettere che la sostanza antirachitica regolarizzi dei processi abnormi dovuti a tutt'altre cause endogene oppure esogene.

Così p. es. si potrebbe ammettere come causa di rachitismo una mejopragia costituzionale (congenita oppure acquisita) degli elementi che formano o che attivano l'ergosterina; un tale organismo ammala di rachitismo a meno chè esso riceva dall'esterno la sostanza attiva oppure i raggi attivanti.

Il rachitismo potrebbe anche dipendere da una anergia protoplasmatica per cui tutto il ricambio si deprime; l'ergosterina attiva accelera il ricambio e guarisce la malattia. Le modalità con cui si diffonde il rachitismo, il fatto ch'esso colpisce l'individuo oggi in età più giovane di quanto non lo facesse alcuni decenni fa, e la predisposizione del sesso maschile sono argomenti importantissimi in favore della genesi costituzionale della malattia.

Il rachitismo, raro nell'antichità, un po' più diffuso durante il medio-evo, si è diffuso rapidamente in modo quasi pandemico, tra tutti gli stati culturali della zona temperata durante i secoli 17° e 18°. Non è possibile spiegare questa diffusione nè con la teoria dell'avitaminosi, nè con quella dell'anactinosi. Nella prima metà del XVIII secolo, il rachitismo si diffuse specialmente in Inghilterra, mentre questo paese era prospero e si diffuse specialmente tra le classi agiate del paese e tra i lattanti al seno.

Oggi il rachitismo colpisce il lattante in età molto più giovane di quanto non abbia fatto nei secoli scorsi; esso colpisce con predilezione il sesso maschile, tra i rachitici i maschi stanno alle femmine come 3:2.

Una malattia che nel corso di due secoli si diffonde rapidamente fra tutti i centri cultu-

rali del vecchio e del nuovo mondo, senza che ciò possa venir spiegato con un peggioramento delle condizioni alimentari o igieniche, una malattia che inoltre colpisce l'individuo in età sempre più giovane, e si dimostra nettamente legata al sesso si deve considerare dovuta a cause costituzionali-degenerative; naturalmente nei casi singoli hanno importanza di fattori coadiuvanti varie cause dannose ambientali.

Non è possibile dire quali circostanze abbiano contribuito a diffondere tanto largamente le cause costituzionali del rachitismo. Potrebbe trattarsi di tre specie di influenze dannose agenti sulla massa ereditaria: idiocinesi, disturbo della selezione, e contraselezione. Così per es. nei riguardi del rachitismo umano un elemento turbante la selezione potrebbe essere l'alimentazione al seno, quasi generale prima del secolo XVII: infatti tra i lattanti rachitici muoiono quasi esclusivamente quelli alimentati artificialmente, l'alimentazione artificiale toglie quindi di mezzo un gran numero di individui i quali portano nella loro massa ereditaria la degenerazione costituzionale che porta al rachitismo.

Il fattore principale del rachitismo sarebbe quindi un fattore costituzionale ereditario; resta a chiedersi quale importanza abbia tra i fattori coadiuvanti esogeni la deficienza di cosidetta vitamina antirachitica.

Si è cercato di dare grande importanza alla deficienza in vitamina basandosi specialmente sul fatto che i prematuri sono particolarmente disposti al rachitismo. La predisposizione dei prematuri al rachitismo può essere spiegata come una deficienza delle riserve vitaminiche in questi neonati, anche questo argomento è stato però dimostrato falso, perchè il fegato del prematuro contiene eguale quantità di sostanza antirachitica quanto il fegato di un neonato a termine. Nè si può dire che il prematuro sia povero in ergosterina inattiva perchè in tal caso l'irradiazione ultravioletta non darebbe gli ottimi risultati che notoriamente dà. La deficienza di sostanza antirachitica non si può considerare il fattore principale del rachitismo; analogamente ad altri fattori (eccesso e disturbi di correlazione dell'alimento, danni da addomesticamento, danni igienici) esso è invece un fattore importante per il decorso e l'esito del rachitismo. Il rachitismo stesso non si può considerare una avitaminosi, nè una malattia da carenza, nemmeno un anactinosi, bensì una malattia costituzionale. POLLITZER.

Sul riassorbimento e meccanismo di azione del gluconato di calcio.

(E. ROTHLIN. *Zeits. f. d. Ges. Experim. Mediz.*, Heft 5-6, 1930).

L'A., in base a ricerche sperimentali, è riuscito ad osservare un indiscutibile aumento del tasso calcemico dopo la somministrazione per bocca del gluconato di calcio nei conigli. I valori riscontrati corrispondono quantitativamente a quelli conosciuti nella letteratura per il cloruro di calciò e per il lattato di calcio.

La quantità di calcio riassorbita è proporzionale alla dose somministrata. La durata dell'aumento del tasso calcemico è di 7-8 ore.

Questo reperto è un argomento decisivo per il fatto che il riassorbimento intestinale avviene più celermente che l'eliminazione di calcio e così il calcio può esplicare la sua azione per lungo tempo.

Il tasso calcemico aumenta molto più rapidamente con la somministrazione per via ipodermica che per via orale e l'aumento è maggiore per il gluconato di calcio che per il cloruro di calcio. La causa è da ricercarsi nel fatto che il gluconato di calcio si riassorbe facilmente e senza nessuna reazione; invece il cloruro di calcio cagiona una forte irritazione locale (ostacolamento del riassorbimento e ritenzione).

Il comportamento del tasso calcemico dopo somministrazione endovenosa di gluconato di calcio è identico a quello dopo cloruro di calcio. Dopo il valore massimo, che si osserva in cinque minuti, il livello del calcio si abbassa rapidamente; circa dopo 2 ore si arriva di nuovo al valore di partenza.

Il gluconato di calcio non possiede le proprietà tipiche di altri sali solubili di calcio di cagionare infiammazioni e necrosi. Esso viene tollerato senza nessuna reazione tanto per via intracutanea, che per via sottocutanea in una soluzione al 10 fino al 20 %. Nello stesso tempo il gluconato di calcio possiede in quantità equimolecolari, la stessa azione fisiologica e farmacologica del cloruro di calcio. Questo reperto trovato in esperimenti su animali, è stato confermato anche nell'uomo dove il prodotto è perfettamente tollerato per via endomuscolare.

L'applicazione terapeutica del calcio ha specialmente due indirizzi: come sostanza supplementare in casi di metabolismo di acido disturbato nel senso di una demineralizzazione con o senza ipocalcemia esistente (rachitismo, tetania); come farmaco specifico nei casi di emorragia; nei disturbi del sistema nervoso vegetativo, specialmente nelle forme vagotoniche; come mezzo inibitore della secrezione; per aiutare l'azione dei glucosidi cardiaci; per inibire l'azione di choc e manifestazioni allergiche.

A questi diversi postulati bisogna conformare anche il modo di somministrazione. Per il 1° gruppo è raccomandabile in maniera preponderante la somministrazione orale, il secondo quella endovenosa.

A. P.

FEGATO.

Il rapporto dell'epatite con la colecistite cronica.

(KOSTER, GOLDZIEHER e COLLENS. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, giugno 1930).

Molti operati di colecistectomia per malattia cronica della vescica biliare non guariscono dei sintomi per i quali sono stati sottoposti all'intervento e questo non si può spiegare nè colla costituzione neurotica, nè con concomitanti lesioni cardiovascolari nè colla vecchiaia. Clinicamente si sa che più a lungo sono durati i disturbi prima dell'intervento e meno probabilità c'è di guarigione completa.

Per spiegare questo basta pensare che osservazioni anatomiche hanno dimostrato dilatazione permanente dei canali biliari intraepatici insieme alla colecistite, che l'infiammazione cronica della colecisti con ripetute esacerbazioni anche possono aver ostacolato il normale funzionamento dello sfintere di Oddi in modo da permettere riflusso di bile nei dotti pancreatici, donde pancreatite cronica, e che aderenze dense dello stomaco o del duodeno colla cistifellea possono disturbare permanentemente la motilità gastrica.

Gli AA. hanno voluto esaminare il fegato di 27 malati di colecistite. I prelevamenti di tessuto epatico furono fatti tanto al lobo destro che al sinistro e sempre a non meno di 8 cm. di distanza dalla vescica biliare. In qualche caso prima del prelevamento furono iniettati nella vena gastro-epiploica sinistra 5 cmc. di soluzione all'1 % di trypanblau o di inchiostro di china. I pezzi prelevati pesavano al massimo 1 grammo ed erano immediatamente fissati in formaldeide ed erano esaminati dopo colorazione coi metodi comuni.

In 25 su 27 casi si trovarono nette modificazioni istologiche. In uno dei due casi in cui il fegato fu riscontrato normale la colecisti presentava un'infiltrazione lepoide della mucosa senza infiammazione.

Negli altri casi, a piccolo ingrandimento si notavano numerosi focolai di infiltrazione cellulare specialmente nel connettivo circostante i più larghi rami intraepatici della vena porta, raramente circondanti completamente il lume vasale, ma per lo più posti eccentricamente da un lato. L'infiltrazione aveva carattere diffuso con tendenza a espandersi sulle ramificazioni dello stroma periportale. Le aree più infiltrate erano quelle in cui si potevano vedere piccoli dotti biliari. In qualcuna di queste aree si vedevano spesso larghi vasi linfatici.

Inoltre c'erano sparsi nel tessuto epatico alcuni noduli, con un dotto biliare visibile al centro e con infiltrazione nel connettivo attorno al dotto.

Le cellule trovate nelle zone di infiltrazione e nei noduli erano varie: linfociti, plasmacellule, istiociti, fibroblasti, leucociti polinucleari e raramente eosinofili. Gli istiociti erano nettamente dimostrabili nei casi in cui si era fatta l'iniezione di inchiostro di china o di trypanblau.

All'infuori dei noduli e delle infiltrazioni perivascolari il tessuto epatico presentava alcune modificazioni di varia intensità e precisamente un numero maggiore di cellule di Kupfer e presenza nel lume dei capillari intertrabecolari di cellule (polinucleari, linfociti e specialmente mononucleari). Queste modificazioni si notavano sempre e sempre non ugualmente diffuse nel preparato.

Si può sintetizzare queste modificazioni così: c'è un'epatite interstiziale di intensità varia, localizzata essenzialmente nel connettivo periportale, a tipo cronico.

Già Graham aveva affermato l'esistenza di lesioni infiammatorie epatiche nella colecistite; secondo quest'A. in due modi si può avere queste lesioni, cioè per via ematica o per via linfatica. I germi circolanti nel sangue certamente passano nella bile, come confermano numerosi esperimenti. Secondo Graham l'epatite comincia nel tessuto periportale, l'infezione è portata al fegato dalla vena-porta e forse raramente dall'arteria epatica e poi si ha pericolangite che si estende alla cistifellea per via linfatica. Ci sono dei casi in cui il processo colecistitico è prodotto da germi giunti nella bile e altri in cui si tratta di un'infezione ascendente.

Gli AA., concordi con Rous e Mc Master, ritengono che il decorso dei linfatici sia opposto a quello indicato dal Graham; cioè i linfatici non vanno dal fegato alla cistifellea, ma viceversa. Un lavoro sperimentale di Wilkie dimostra l'origine discendente dalla colecistite per infezione di contatto e la presenza di concomitanti lesioni epatiche. Il Graham stesso più tardi ammise la possibilità di modificazioni epatiche successive alla colecistite.

Ammessa la preesistenza di lesioni colecistiche a quelle epatiche, il meccanismo di queste ultime rimane ancora oscuro; probabilmente si tratta di infezione propagata dalla cistifellea al fegato attraverso i linfatici.

Così si spiega l'osservazione clinica di operati di colecistectomia che non guariscono completamente dopo l'intervento e si ha un argomento in favore dell'intervento precoce nelle colecistiti croniche. R. LUSENA.

Studi sull'urobilinuria.

(P. LAMBIN. *Rev. Belge des Sc. Méd.*, n. 8, nov. 1929).

L'A. riferisce gli studi di O. Bang sull'urobilinuria allo stato normale ed in casi patologici. Il metodo usato per dosare l'urobilina è quello di Einar Larsen.

Dalle ricerche emerge che la concentrazione

dell'urobilina è indipendente dall'intensità della diuresi e dalle variazioni del P. S.

Era stato notato che la costipazione produceva un aumento dell'urobilinuria, per assorbimento di stercobilina, ciò che Bang non ha confermato; le diarree invece possono far diminuire l'urobilina. La curva di eliminazione dell'urobilina presenta un aumento tre ore dopo il pasto; una dieta idrica non fa assumere alla curva le irregolarità notate in rapporto ai pasti. Secondo Salen l'urobilinuria postprandiale si spiegherebbe con il riassorbimento dell'urobilina preesistente nella bile al momento del suo passaggio nell'intestino; lo svuotamento vescicolare potrebbe costituire anche un fattore importante. Per ricercare tale meccanismo Bang ha osservato le variazioni dell'urobilinuria in pazienti colecistectomizzati, ed ha notato in essi un aumento dell'urobilinuria dopo i pasti.

Nei neonati Bang ha trovato l'urobilinuria nelle prime ore della vita extrauterina; questa osservazione sarebbe d'importanza capitale contro la teoria intestinale dell'urobilinuria; ma egli ha potuto però notare che l'urobilinuria dei neonati è in proporzione con l'urobilinuria materna prima e durante il parto; diminuisce in seguito, per aumentare dopo la ottava settimana; bisogna quindi considerare questa urobilinuria come di origine materna.

Da una serie di 500 determinazioni di urobilinuria in 73 casi, Bang deduce che si deve considerare patologica una concentrazione D. L. superiore a 1:40; ma questa cifra non è assoluta, perchè in molti pazienti con affezioni epatiche accanto ad una D. L. superiore ad 1:40, s'è notato anche la D. L. inferiore; quindi se una D. L. superiore a 1:40 è patologica, quella inferiore non esclude tale possibilità.

La parte importante delle ricerche di Bang è quella che costituisce l'influenza del regime alimentare sull'urobilinuria. Egli ha notato che si può aggiungere al regime ordinario 400 gr. di carne di bue, 6 uova o 100 gr. di grassi senza provocare aumento d'urobilinuria.

Ma se si sottopone il paz. ad esclusivo regime carneo, l'urobilinuria aumenta 4-5 volte la concentrazione abituale, e tale aumento può durare 2 giorni dalla sospensione del regime.

Un regime ricco in grassi provoca lo stesso effetto; quello di idrati di carbonio non provoca aumento; tuttavia Bang conclude che non è il regime carneo o di grassi che causa l'urobilinuria, ma l'assenza degli idrati di carbonio. come appare riducendo al paziente gli idrati di carbonio a meno di gr. 55-100. Le iperurobilinurie si accompagnano a presenza di corpi acetonici nelle urine. La spiegazione più verosimile di tale fatto è che la scarsità di idrati di carbonio produce un certo grado d'insufficienza epatica, ciò che è confermato dalle conoscenze attuali, secondo le quali il glicogeno esercita un'azione protettrice della cellula epatica, essendo legate alla presenza di glicogeno le funzioni disintossicanti e metaboliche del fegato. La medesima spiegazione vale per l'urobilinuria che compare in aumento come conseguenza di dieta idrica.

Nei diabetici a regime povero di idrati di carbonio l'urobilinuria era molto elevata; una somministrazione di tali alimenti, con o senza insulina, riportava l'urobilinuria ai valori normali. L'A. crede quindi prudente somministrare ai diabetici una certa quantità d'idrati di carbonio per assicurare il buon funzionamento della cellula epatica. CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. C. GUILLAUME. *L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques.* Vol. III. Doin, éd. Paris, 1930, pag. 600. Frs. 45.

Con questo terzo volume si completa il trattato del Guillaume di cui abbiamo fatto cenno nello scorso anno a proposito dei primi due volumi.

Nel III volume vengono studiati gli stati endocrino-simpatici regionali, gli stati viscerali ed i disturbi endocrini « delle grandi funzioni » e « dei grandi apparati ». Secondo il piano dei primi due volumi la materia è trattata seguendo le modalità con cui nelle loro caratteristiche morbose i vari stati patologici endocrino-simpatici sogliono presentarsi in clinica.

Per il pratico questo modo di esposizione ha i suoi vantaggi, e l'opera, che è scritta con chiarezza di esposizione, incontrerà certo il favore che le auguriamo. D. M.

E. P. JOSLIN. *The Treatment of Diabetes mellitus.* Un vol. in-8° di p. 1006, con fig. Lea e Febiger ed. Philadelphia. Prezzo doll. 9.

Il trattato di Joslin che vediamo qui nella sua IV edizione, è ben noto a tutti gli studiosi che si occupano del diabete per le sue qualità di essere chiaro, pratico e completo.

Considera dapprima il problema del diabete e la storia dei cani spancreatizzati, con cui si è giunti alla scoperta dell'insulina. Tratta poi di questa: la sua natura, l'azione e la sua somministrazione nel diabete. Passa in seguito alle teorie del diabete, alla frequenza, eziologia e curabilità. Dopo un vasto capitolo sulla fisiopatologia, di circa 200 pagine, passa ai diversi esami (urine, sangue, respirazione) che si fanno nei diabetici ed alla dieta, nel normale e nel diabetico. Si occupa poi dell'inizio, della diagnosi, prognosi, sintomatologia e del trattamento del diabete, dell'intossicazione acida, del come e delle diverse complicazioni. Esami-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

na poi i rapporti del diabete con l'arteriosclerosi, con le malattie cardiache con gli interventi chirurgici, con la gravidanza e le secrezioni interne; il diabete nell'infanzia e della vecchiaia, il trattamento del diabete in ambulatorio ed in ospedale.

Oltre a molte figure, 342 tabelle di dati interessanti sul diabete e sul ricambio in genere accompagnano il volume.

I consigli che l'A. fornisce sono di incomparabile utilità, tanto più che, senza avere per nulla l'aspetto di pedantesco, si diffonde su molti particolari che, all'atto pratico, potrebbero lasciare nell'imbarazzo; si vedano, per esempio, i capitoli sull'iniezioni di insulina e sulla dieta.

L'attuale edizione è aumentata di circa 200 pagine in confronto della precedente. L'ampia trattazione risponde ad una necessità, anche per il fatto che il diabetico, oggi, conosce fin troppi particolari sulla sua malattia ed è necessario per il medico avere a disposizione un libro che gli permetta una vasta conoscenza della materia. E questo libro di Joslin sarà per lui il più fedele consigliere, pronto a rispondere a tutte le domande che possono farsi sull'argomento. *fil.*

C. PIRQUET e R. WAGNER. *La nutrizione del diabetico*. Urban u. Schwarzenberg, 1928, Berlino. Mk. 18.

In collaborazione con Wagner, Pirquet ha lanciato ancora un'opera nella quale il suo sistema di utilizzazione della nutrizione è esteso alla dieta del diabetico.

Il sistema del *Nem* è basato sul confronto di tutti gli alimenti con il latte di donna. Il *Nem* equivale ad 1 gr. di latte di donna con un valore calorico pari a 0.67 g. calorie. Per il calcolo del bisogno individuale è preso il quadrato dell'altezza in posizione seduta.

In questo libro i valori in *Nem* degli alimenti vengono considerati anche in rapporto con il contenuto in carboidrati, mentre per lo innanzi lo erano solo per il contenuto in albumina e in sostanze combustibili.

Il sistema di Pirquet è specialmente costruito e sarà di grande utilità a tutti quelli che vi sono bene approfonditi; l'applicazione però non è facile, e ciò forse impedirà al sistema di diffondersi in pratica.

Nel libro sono contenute parecchie ricette di alimentazione, utili al medico ed al malato.

A. P.

A. GALLUPPI. *La diatesi litogena*. Cappelli, ed., 1929. Prezzo L. 32.

L'interesse che può suscitare il libro del Galluppi non ci appare limitato soltanto, come quello delle altre buone pubblicazioni sulle litiasi, ai pregi intrinseci del lavoro che sono rappresentati principalmente dall'essere questa del Galluppi una monografia completa ed aggiornata sulla costituzione dei litiasici ed una ricca esposizione dei concetti di artritismo e delle varie diatesi e sindromi diatesiche.

A nostro modo di pensare dà ancora pregio e sapore all'opera l'interesse che le deriva dal veder applicato nella sua completezza, attraverso l'ampio contributo clinico personale dell'A., quell'indirizzo e quel metodo di studio costituzionalistico unitario e correlazionistico che promana dalla scuola del Pende. Tale metodo di studio dei problemi della costituzione, sia pure attraverso le difficoltà e le complessità della sua applicazione (il che nulla d'altronde può in sostanza significare) dobbiamo certo considerarlo, in quanto analizza ed esamina e coordina il lato morfologico ed il temperamento, cioè il lato dinamico-umorale, ed il lato psicologico dell'individualità del soggetto, il più vastamente e profondamente concepito per affrontare i quesiti che la clinica ci pone.

Il libro del Galluppi è a nostro parere uno dei frutti ed esempi migliori di tale indirizzo e non mancherà di essere apprezzato e diffuso come merita.

D. MASELLI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 18 luglio 1930-VIII.

Presidente: Prof. BALP.

Fibroma della regione lombare.

Prof. B. ANGLESIO. — Presenta un tumore del peso di 5 Kg. asportato ad una donna di 59 anni. Il tumore a sede retroperitoneale, non aveva dato disturbi di importanza, e nello sviluppo aveva inglobato il rene destro, che si dovette asportare con il tumore stesso. Istologicamente presenta la struttura di un fibroma a connettivo lasso. Particolarità degne di nota sono dunque: la sede, il volume, le strettissime connessioni con il rene.

Sulla plastica all'italiana nelle lesioni del palmo della mano.

Prof. B. ANGLESIO. — Il lembo venne scolpito sulla regione anterolaterale destra dell'addome a peduncolo superiore. Fu scelta questa regione, perchè la posizione con la mano in avanti è meno molesta che non quella con mano indietro. Il risultato è stato molto buono.

Composizione del sangue normale e sua influenza sull'adsorbimento capillare.

Prof. G. A. BROSSA e Dott. G. GEDDA. — Ricordata la differenza di composizione del siero negli animali (es. quoziente albuminoideo nel cavallo 0,58, nel coniglio 2,50) e della conseguente stabilità, rispettivamente labilità serica, gli OO. parlano dell'assorbimento capillare di mescolanze di sangue e di Nach-blau nel cavallo e nel coniglio. Dimostrano le tabelle di due rispettivi assorbimenti e l'apparecchio con cui si fa l'adsorbimento stesso con striscie di carta da filtro facendone notare le caratteristiche.

Applicazione dell'adsorbimento capillare al sangue patologico.

Prof. G. A. BROSSA e Dott. G. BOZZOLO. — Gli OO. basandosi sui principii esposti nella precedente comunicazione presentano un apparecchio per l'adsorbimento capillare ideato da uno di essi. Con tale apparecchio l'adsorbimento avviene colla massima regolarità e le carte da filtro sono molto più dimostrative che non quelle ottenute con semplici strisci; per ragioni tecniche venne sostituito al Nach-blau un altro colore colloidale, il Janus grum. La tecnica è un po' più delicata e richiede un altro apparecchio assai semplice.

Gli OO. dimostrano con tavole le differenze assai notevoli ottenute tra il sangue normale e quello carcinomatoso. Beninteso la reazione non è specifica, come non sono specifiche tutte le altre reazioni proposte a tali scopi.

Sulla sorte del midollo osseo nell'innesto omoplastico.

Dott. G. VILLATA. — Dagli esperimenti condotti sui ratti albini risulta confermato che la cartilagine costale ha una lunghissima sopravvivenza nell'innesto omoplastico nei muscoli, che la sostanza ossea si mantiene in parte a lungo, ma nella maggior parte necrotizza, chè gli osteoblasti specialmente quelli parietali non solo sopravvivono, ma proliferano e formano osso nuovo.

Il midollo si avvia alla atrofia e si riduce ad una trama con alcuni fagociti pigmentati e pochi linfociti, però per un periodo che oltrepassa sicuramente i 30 giorni continua a funzionare per l'ematopoiesi tanto bianca che rossa; fra il 30° e 60° giorno essa diminuisce rapidamente fino a scomparire.

Seduta del 25 luglio 1930-VIII.

Presidente: Prof. PAGLIANI.

Le alterazioni delle mani di mungitori di latte vaccino.

Prof. G. QUARELLI. — Ricorda di avere già descritte delle alterazioni scheletriche nei mungitori di latte vaccino, perchè essi stringono il capezzolo fra la faccia palmare delle ultime quattro dita e quella dorsale del pollice, esagerando la flessione di esso e ricorda che si osserva in questi lavoratori una malformazione scheletrica rilevabile già esteriormente, ma in modo chiaro radiograficamente, in una sublussazione in dentro della prima falange.

Specialmente nei primi tempi della professione, tali mungitori accusano dei dolori particolari, delle infiammazioni con arrossamento dei tegumenti dell'articolazione metacarpo-falangea e di quella della falange colla falangetta.

Dalle fotografie presentate si rilevano ancora dei calli che hanno per sede caratteristica la parte estensoria della articolazione della falange del pollice e il margine interno della falange; tali calli si associano ad altri posti nella faccia palmare della mano e delle dita non aventi, questi ultimi, alcun che di caratteristico, essendo simili a quanti si osservano in molti lavoratori manuali.

I calli del pollice sono molto voluminosi e si accompagnano talora a fatti infiammatori, raramente a suppurazioni del sottocutaneo corrispondente, sono dolorosi e spesso si associano ad infiammazioni delle articolazioni sottostanti con conseguente incapacità funzionale delle dita ed impossibilità al lavoro.

Si tratta di manifestazioni caratteristiche che devono essere classificate fra le malattie dipendenti da posizione e da quantità di lavoro.

Un nuovo apparecchio per la separazione degli elettroliti e dei proteidi dal siero per mezzo dell'osmosi elettrica.

Prof. G. A. BROSSA. — L'O. presenta un apparecchio in vetro per l'elettro-osmosi nelle sue applicazioni alla biologia. Tale apparecchio dovrebbe tra l'altro servire per la purificazione dei sieri e sostanze affini, per la separazione dei costituenti del siero (albumina e globulina) e per la separazione e analisi degli elettroliti; quest'ultima parte però viene solo accennata di sfuggita perchè l'O. non ha sufficiente esperienza in proposito.

L'apparecchio consiste in un tubo a T e due rigonfiamenti sferici. Tra il tubo a T e i due rigonfiamenti sferici vengono tese le membrane; nelle sfere stanno gli elettrodi ed è possibile un continuo rinnovamento di acqua distillata. Le membrane devono essere di materiale diverso e vi deve essere una differenza di potenziale tra di loro; per questa elettro-osmosi è necessaria una corrente continua di 120-240 volts perchè le resistenze presentate dall'apparecchio sono grandissime. L'apparecchio è basato sui concetti di v. Schweriz, di Runghe, di Freundlich.

Gravidanza ed adsorbimento capillare.

Prof. G. A. Brossa. — Presenta in una serie di cromogrammi i risultati dell'adsorbimento capillare su miscugli di siero di madre e di neonato addizionato a colori colloidali.

Il materiale di cui si serve l'O. è costituito da carta da filtro di determinata qualità, tagliata in striscie e immersa in miscugli di sostanze coloranti addizionate ai rispettivi sieri.

Presenta pure un piccolo strumento da lui ideato, col quale è possibile adsorbire detti miscugli su dischi di carta tesi sopra speciali cornici. I colori impiegati sono colori negativi (rosso Congo) e colori positivi (Nacht blau o Janusgrum) secondo i casi.

Le differenze presentate dalla labilità o dalla stabilità colloidale servendosi dell'adsorbimento capillare, sono molto notevoli. La labilità e la stabilità dei sieri sono massime nel siero della madre e del neonato.

La determinazione quantitativa dei corpi chetonici (acetone e acido beta o ossibutirrico) nel sangue quale prova funzionale del fegato.

Prof. G. Dominici e Dott. G. Oliva. — Sono riferiti i risultati delle determinazioni dei corpi chetonici per le quali risulta che nelle affezioni epatiche e particolarmente in quelle a carattere diffuso (epatiti, itteri catarrali) i detti corpi chetonici e sopratutto l'acido beta-ossibutirrico, si presentano alquanto in aumento rispetto ai sani. L'alterazione risulta assai più frequente e spiccata se si sottopone l'a. per 24 h. a dieta priva di idrati di carbonio, che ha per effetto di esaltare il meccanismo di produzione della chetosi, onde le cifre dei corpi chetonici: ed in modo particolare dell'acido beta-ossibutirrico, salgono a cifre considerevoli in rapporto ai sani, nei quali si hanno spostamenti minimi o nulli. La chetosi, esponente dell'impoverimento della cellula epatica in glicogeno, indica la via curativa, che tanto più si impone in quanto l'accumulo di corpi acidi aggrava a sua volta la lesione funzionale e ci spiega l'azione benefica della contemporanea somministrazione di glucosio e di insulina.

Sulla terapia perorale con la cholosulin.

Prof. Moracchini e Dott. Herlitzka. — Gli OO. hanno esperimentato in una serie di casi di diabete in media gravità e leggeri la cholosulin per via orale ed hanno trovato che la curva glicemica a digiuno non subisce apprezzabili modificazioni, malgrado il trattamento.

Anche il decorso clinico della malattia non viene per nulla modificato sia per quanto riguarda i sintomi clinici che obbiettivi anche dopo dosi piuttosto elevate (60 U).

Gli OO. spiegano la scarsa azione ipoglicemizzante del preparato per la presenza di sali biliari in esso. Concludono negando ogni valore terapeutico al cholosulin.

L'influenza della dieta ipocarbonata e ricca di grassi sull'assimilazione dei carboidrati.

Prof. R. Moracchini e Dott. S. Battistini. — Gli OO. riferiscono su esperienze in parte ancora in corso condotte nel tentativo di provocare un diabete sperimentale. In 7 individui convalescenti hanno fissato una dieta priva di idrati di carbonio e contenente 40 gr. di proteine e 200 gr. di grassi; saturavano l'acidosi così provocata col bicarbonato sodico; eseguivano poi le curve glicemiche dopo carboidrati e dopo glucosio prima della dieta e dopo di essa, controllando la eventuale comparsa della glicosuria.

La durata della dieta era varia a seconda della tolleranza degli individui in esame (da una settimana a quindici giorni). Subito dopo l'inizio della dieta compariva acetone ed urobilina nelle orine. In tutti i casi le curve glicemiche hanno subìta una modificazione nel senso di un innalzamento dell'iperglicemia di reazione ed a volte anche un rallentamento del decorso della curva.

Non riscontrarono diversità di comportamento prima e dopo la dieta della differenza esistente tra il sangue capillare e quello venoso in contenuto di glucosio.

Gli OO. credono che le alterazioni del ricambio provocate siano sopratutto da mettersi in rapporto con alterazioni funzionali epatiche perquanto a volte anche l'apparato insulare sia da mettere in causa.

Studi sulla calcemia e sulla potassiemia nella ipertensione permanente.

Prof. C. Cipriani, Dott. Molfese e Dott. A. Moriondo. — Riassumendo i risultati di proprie ricerche rilevano che nell'ipertensione permanente senza sintomi renali o con lieve grado di arteriosclerosi renale, non è dimostrabile nella maggioranza dei casi una ipocalcemia o un abbassamento del rapporto potassio calcio. Tale abbassamento si osserva più frequentemente nelle ipertensioni con nefropatie nelle quali tuttavia non si può prescindere dalle concomitanti altre alterazioni delle condizioni chimiche del siero (ipoalbumosi, acidosi, iperfosfatemia) che vengono ad influenzare la parte ionizzabile del calcio. Le iniezioni di cloruro di calcio endovenose nell'ipertensione permanente abbassano transitoriamente il rapporto K-Ca, ma non abbassano la pressione, anzi aumentano transitoriamente la pressione sistolica.

Micrometodi per la determinazione delle frazioni proteiche del siero e del plasma nelle nefropatie.

Prof. C. Cipriani e Dott. A. Cionini. — Vengono esposti i risultati ottenuti col metodo refrattometrico di Robertson e col semimicrometodo di Howe (Kjendahl) in confronto anche, per le proteine totali, ai risultati secondo le tavole di Reiss.

Data l'impossibilità di riassumere chiaramente in breve spazio il lavoro, si consiglia di leggere il testo originale sul Giornale dell'Accademia.

Alcune considerazioni sulle nefrosi.

Prof. L. Fontana. — Furono ricercate le alterazioni protoplasmatiche dei leucociti neutrofili (granulazioni tossiche e vacuoli) in 4 casi di nefrosi lipoidea. La ricerca si mostrava interessante in tale affezione, poichè le suddette alterazioni rappresentano un segno di focolaio di infezione coccica in atto e quindi la constatazione di esse avrebbe potuto rappresentare un dato favorevole alla teoria di Kellert e di altri, che sostengono la dipendenza delle nefrosi, come delle nefriti in genere, da un focolaio infettivo che può essere situato in varie parti dell'organismo.

La ricerca ha dato un risultato completamente negativo e se in tal modo non viene dimostrata l'assenza di un focolaio infettivo di qualsiasi natura, tuttavia viene dimostrata l'assenza di un prezioso segno atto a rivelarlo.

Viene poi denunziata in contrasto con affermazioni recenti di alcuni autori americani, la frequentissima presenza nei casi di nefrosi di un certo grado di anemia, di tipo ipocromico, senza impronte speciali.

Studi sull'artrotomia longitudinale transrotulea.

Prof. A. BERTOCCHI. — Di fronte al fatto che la sezione dei tendini e delle espansioni tendinee determina ipotrofia rapida del muscolo quadricipide, l'O. emette l'ipotesi che ciò dipenda da lesioni concomitanti dei fusi neuromuscolari e degli organi muscolo tendinei del Golgi che si trovano rispettivamente alla fine dei ventri muscolari e all'inizio dei tendini.

Di qui ne trae la conseguenza che la artrotomia longitudinale transrotulea si può chiamare « fisiologica » nel senso che divide per il lungo l'apparato osteotendineo legamentoso, senza interromperne la funzione di trazione.

Col sussidio di preparati istologici espone il rapido processo di guarigione della rotula ad arte sezionata e con le proiezioni di diapositive descrive l'operazione di meniscectomia mediante questo metodo di artrotomia che dà ampia luce nella articolazione.

Dopo aver esposto le conclusioni sperimentali e anatomo-fisiologiche delle sue ricerche, è del parere che l'artrotomia longitudinale transrotulea sia da adottarsi per lo meno nelle lesioni bilaterali del menisco, nelle lesioni dei legamenti crociati, nella malattia di Hoffe del legamento adiposo, ecc.

Il Segretario: Dott. G. VILLATA.

Associazione Medica Triestina.

Seduta del 1° luglio 1930.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

L'eziologia della sclerosi a placche.

Il dott. MARCOVICH espone una serie di lavori provenienti dal Westminster Hospital di Londra nella eziologia e terapia della sclerosi a placche. Mediante ripetuti esami del liquor nei quali venne spesso riscontrata positiva la reazione dell'oro colloidale e aumento delle globuline, gli AA. inglesi vengono alla conclusione doversi trattare di una malattia semi infettiva. Infatti colture eseguite con una tecnica del tutto speciale permisero l'isolamento di un microrganismo (o. 1 μ) nel 93 % dei 189 casi di sclerosi a placche esaminati. I tentativi di riprodurre la malattia negli animali furono vani. Un vaccino preparato con queste colture ha dato arresto della malattia e miglioramento in 40 su 70 casi osservati per oltre 3 anni. Questo microrganismo non ha nulla a che fare colle spirochete di Kuhn e Steiner, ed è un virus filtrabile perchè i filtrati attraverso membrane di collodio in apparenza sterili lasciavano in qualche giorno ricomparire di nuovo i tipici granuli e sferule.

Tumore della regione prechiasmatica.

Dott. SAI. — I tumori di questa sede danno in un primo tempo unicamente emianopsia bitemporale con atrofia dei nervi ottici senza stasi per compressione del chiasma e solo coll'ulteriore accrescimento alterano il profilo sellare, determinano sindromi ipofisarie e cecità. Un uomo di 61 anni venne accolto nel reparto chirurgico del primario D'Este in stadio già avanzato di malattia, presentava amaurosi sinistra con atrofia del nervo ottico, emianopsia temporale destra, fatti discreti di degenerazione adiposogenitale; alla sella le apofisi clinoidee anteriori erano schiacciate in basso, le posteriori reclinate indietro, senza vero svasamento sellare. Mediante l'encefalografia sottoccipitale si mise in evidenza la dilatazione dei ventricoli laterali con spostamento delle corna anteriori verso l'alto a riprova della sviluppo soprasellare del tumore. Il dott. D'Este operò l'ammalato in anestesia locale per via transfrontale secondo la tecnica indicata dal Cushing; sollevando il lobo frontale si arrivò alla piccola ala dello sfenoide, ed alla regione sellare si riscontrò il tumore che venne parzialmente asportato; dopo 12 ore il malato spirò per lo choc operatorio. All'autopsia il tumore di sede prechiasmatica presentava la grossezza di un uovo e microscopicamente aveva i caratteri dell'endotelioma. L'O. insiste sulla necessità della diagnosi precoce e dell'operazione tempestiva di questi tumori, quando si trovano ancora nella fase primissima del loro sviluppo; i risultati operativi sono allora brillanti.

Un caso di psoriasi.

Il prof. GRANDI presenta una ragazza di 14 anni, operata da lui per esostosi all'angolo mandibolare. Dopochè la ferita era guarita *per primam*, si andarono formando sulla cicatrice delle squame che appena allontanate, tendevano a ritornare. Passate quasi 4 settimane dopo l'operazione la paziente fu presentata per diagnosi al collega prof. Fround, che diagnosticò « psoriasi ». Difatti sul gomito della piccola paziente si poteva notare un simile attacco eguale a quello che si era andato formando sulla cicatrice. A questo proposito osserva, che la psoriasi si può proprio localizzare in luoghi di menomata resistenza e la ferita prodotta ha bastato per farvi insorgere il noto processo.

Seduta del 4 luglio 1930.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

I sistemi psichici, elementi di psicopatologia e terapia psicoanalitica.

Dott. WEISS. — L'O. espone la psicologia dei sentimenti, affetti ed emozioni, del dolore svolge anche il concetto del trauma e spiega il meccanismo della nevrosi traumatica. Il processo psichico nel suo percorso dallo stimolo fino al pensiero cosciente e all'azione attraversa parecchie tappe di sviluppo, ciascuna caratterizzata da fenomeni particolari. A seconda della tappa di sviluppo (= sistema psichico) che manca o è deficiente si formano i quadri clinici delle forme amenziali, nevrotiche o schizofreniche. Segue una descrizione del gruppo delle affezioni nevrotiche (isterismo, nevrosi ossessiva e caratteri nevrotici) che sono accessibili alla cura psicoanalitica. Si mostra la differenza fra questa e le altre di carattere suggestivo. Si spiega per sommi capi la tecnica psicoanalitica e l'importanza della traslazione.

Il Segretario: WINTERNITZ.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Patogenesi dell'angina monocitica.

Il quadro morboso dell'angina monocitica è costituito da uno stato infettivo acuto con angina, adenopatie, epato-splenomegalie moderate, leucocitosi e mononucleosi. Non sempre esistono tutti questi sintomi: così l'angina può mancare, le adenopatie possono essere generalizzate o localizzate, lepato-splenomegalie possono essere lievissime o anche mancare. Il segno che non manca mai è la mononucleosi, che si può osservare spiccata anche se manca la leucocitosi. La mononucleosi è data dalla presenza nel sangue di cellule della serie bianca, considerate di solito grandi linfociti, forme di passaggio, cellule di Turk o di Rieder. La patogenesi è ancora oscura, essendo infatti la malattia per lo più benigna, mancano o sono scarsi i reperti anatomo-patologici. Il solo studio clinico non permette di stabilire un rapporto soddisfacente tra lo stato degli organi ingrossati (tonsille, milza, fegato, glandole) e lo stato anormale del sangue. L'A. considera l'angina monocitica una infezione di tutto il sistema reticolo-endoteliale, come colpisce in grado più o meno spiccato il reticolo dei gangli linfatici, della milza, del fegato, e gli endoteli vascolari. Il tessuto linfatico stesso non partecipa al processo morboso, o vi partecipa solo indirettamente, per un edema del reticolo. La monocitosi che accompagna e che caratterizza la malattia è di origine reticolo-endoteliale: dai rivestimenti endoteliali e dai reticoli infiammati si desquamano e passano nel sangue circolante, in gran numero cellulari, sono essi i « monociti ».

Nel caso studiato da A. H. Du Bois (*Acta Med. Scandin.*, n. 3, 1930), dopo uno stadio grippale di 8 giorni che sembrava quasi guarito, si manifestarono un'angina rapidamente necrotica, febbre elevata, sudori profusi, adenopatie, epato-splenomegalia, tachicardia e mononucleosi intensa (61 % monociti). Dopo 6 giorni, comparsa di un esantema scarlattiniforme al tronco e all'addome che l'A. attribuisce a lesioni dell'endotelio vasale. La biopia del midollo osseo (puntura dello sterno) escluse la leucemia: nulla di anormale tranne i numerosi monociti, derivanti dal sangue mescolato al midollo. Numerosissimi monociti nell'espettorato. Migliorata l'angina, subentrò un empiema a destra che portò rapidamente a morte il paziente. Anche nel pus pleurico, fluido, grigiastro, fetido, si ritrovarono alcune poche cellule monocitiche dagli stessi caratteri di quelle ritrovate nell'espettorato. All'autopsia, oltre alla pleurite purulenta e una lieve endocardite mitralica, si trovarono ingrossati la milza, il fegato e dei gangli linfatici. Istologicamente la struttura degli organi era conservata, solo un po' alterata in seguito alla proliferazione dello stroma reticolare. Anche gli endoteli vasali erano alterati: ispessimento ell'intima di un'arteria, lieve tumefazione e prominenza dell'endotelio venoso. Midollo osseo senza alcun segno di grave alterazione del tessuto ematopoietico.

Pollitzer.

La questione della comparsa di una fase negativa nella vaccinazione antidifterica.

Le comunicazioni riportate dalla letteratura sulla comparsa di manifestazioni difteriche in seguito ad una prima iniezione vaccinante, fanno pensare che si tratti di una diminuzione di resistenza provocata in tal modo nell'individuo.

J. Siegl (*Münch. med. Woch.*, n. 25, 20 giugno 1930) ha studiato la questione sopra alcuni soggetti sottoposti a vaccinazione con tossoide (tossina iponeutralizzata con formolo), ed ha in realtà riscontrato una diminuzione del titolo in antitossina del siero, tale da raggiungere talora anche la metà del titolo primitivo, e sopravvenente dopo 24 ore dalla prima iniezione. Nello spazio di 8 giorni si dimostravano poi di nuovo raggiunti i primitivi valori.

In altri soggetti, invece, tale fatto non si verificò, e tale differenza individuale si spiegherebbe col principio emesso da Hamburger della poichilofilia e dell'isofilia.

Comunque, la possibilità di comparsa di una fase negativa, mette in guardia contro l'esecuzione della vaccinazione allorquando il soggetto viva in ambienti infetti, e quando già le sue cavità naso faringee alberghino il germe.

M. Faberi.

SEMEIOTICA.

Sulla diagnosi precoce del cancro dello stomaco e dell'intestino.

Le verità durano fatica a farsi strada nella mente dei medici, ma le leggende v'impiantano fortissime radici. E una leggenda è appunto che sia possibile fare con certezza una diagnosi precoce di cancro della stomaco e dell'intestino.

A dimostrare la fondatezza di questa sua asserzione il Boas ricorda (*Mediz. Klinik*, numero 22, 1930) come il cancro della mammella, di un organo cioè esterno e facilmente accessibile sia, nella grande maggioranza dei casi, tardivo: e questo ben sanno e lamentano i chirurghi.

Si noti poi che il malato di cancro appartiene alla categoria dei malati meno molestati dai dolori; e la mancanza di disturbi subbiettivi in primo tempo, rende la diagnosi precoce difficilissima.

Più si risale in alto nell'apparato digerente, più difficile si fa la diagnosi: il cancro del retto potrebbe essere più spesso individuato se i medici si abituassero a fare regolarmente l'esame digitale del retto. Ma che fare per le localizzazioni alte?

Le statistiche di Lubarsch, sulla percentuale di diagnosi cliniche errate in confronto al reperto di autopsia, sono impressionanti; e difatti, malgrado tutti i mezzi di ricerca più moderni, e malgrado l'aiuto dei raggi, nei 3/4 dei casi la diagnosi si fa nel periodo più tardivo della malattia!

Questo è lo stato attuale delle cose, e pochi casi eccezionali dovuti a particolari fortunate condizioni, non ne infirmano la gravità.

Neppure le ricerche sierologiche, almeno sinora, ci hanno dato buoni risultati: onde il Boas conclude che il problema della diagnosi precoce è come quello della quadratura del circolo!

È tuttavia possibile raggiungere dati più modesti, qualora ci si contenti di fare non una diagnosi di certezza, ma di probabilità, una prediagnosi (Vordiagnose): qualora il medico la formuli, essa dovrà spingerlo ad affidare il malato in un ambiente adatto, dove si possono praticare tutte le ricerche d'uso.

Elementi fondamentali di questa pre-diagnosi, sono: 1) l'anamnesi che ci rivelerà l'origine improvvisa dei disturbi in un individuo che, in quel momento, stava completamente bene, e l'eventuale esistenza di una predisposizione familiare al cancro; 2) l'età, che rende altamente sospette le emorragie anali, le alternative di stipsi e di diarrea; 3) la facies, la vox e la cachessia carcinomatose; 4) la perdita dell'appetito; 5) la caduta del peso. Questi elementi non permetteranno al medico di «affermare» l'esistenza di un cancro, ma di «sospettarlo»; col loro aiuto il medico avrà fatta la sua «diagnosi di sospetto». V. SERRA.

Sul valore clinico della cromoscopia gastrica.

L'esperienza di J. Villardell e P. Babot (*Anales del hospital de la Sta Cruz*, marzo 1930) permette di ritenere che nei soggetti normali la eliminazione del rosso neutro per parte della mucosa gastrica, ha luogo dai 15 ai 20 minuti dopo l'iniezione; raramente dopo 10. La anticipata comparsa del rosso neutro nel succo gastrico indica sempre iperacidità e quando nel medesimo tempo si apprezza un aumento brusco della quantità del colorante, esiste in più una ipersecrezione: è quel che si osserva nell'ulcera pilorica o duodenale, e talora nell'ulcera peptica, specialmente se ci si accompagna una gastrite ipersecretiva. Negli stati ipostenici, con ipoacidità, esiste ritardo della eliminazione del colorante, tanto più marcato quanto più si va verso l'anacloridria. Nei processi anacloridrici, come nell'anemia perniciosa, nelle neoplasie gastriche, nelle achilie, non ha luogo l'eliminazione del rosso neutro, o si fa molto tardivamente, da due a tre ore. In alcuni casi di anacloridria è stato possibile osservare la presenza del colorante nello stomaco senza che la sua presenza significasse una eliminazione per parte della mucosa gastrica. In realtà il rosso neutro non solo si elimina attraverso la mucosa dello stomaco, ma anche attraverso le vie biliari, in modo che il reflusso quasi costante della bile nello stomaco che si osserva in questi malati, può essere motivo di errore: di qui la necessità di assicurarsi che non vi sia stato reflusso biliare. La eliminazione del rosso neutro si verifica attraverso la mucosa dell'antro pilorico: nei gastro-entero-anastomizzati generalmente la eliminazione non ha luogo, però se in qualche caso si verifica la presenza del colorante, questo può significare una resezione gastrica insufficiente ovvero un riflusso biliare.

Per la semplicità, come per il vantaggio di poterlo praticare senza molestia nel corso del sondaggio gastrico frazionato, il metodo della cromoscopia gastrica è consigliabile, poichè permette con la sola ispezione del succo gastrico, di orientarsi immediatamente sopra lo stato della mucosa dello stomaco, e, data la sua sensibilità, permette la differenziazione fra le anacloridrie maligne e le anacloridrie benigne, in specie nei casi dubbi di deformazione gastrica per una neoplasia o per un processo di perigastrite, casi nei quali nè la sintomatologia clinica, nè la esplorazione radiologica sono sufficienti per assicurare la natura della lesione. Infine tenendo presente la regione donde si elimina il rosso neutro, la cromoscopia gastrica può far sospettare la localizzazione di un processo maligno. MONTELEONE.

CASISTICA.

Tubercolosi apicale e sottoapicale.

M. Fishberg (*Brit. Med. Journ.*, n. 3581, agosto 1929) trattando delle due localizzazioni tubercolari ricorda che quelle apicali spesso decorrono senza manifesta sintomatologia, e sono solo svelate all'autopsia. Anche quando si accompagnano a fenomeni gravi, come emoftoe, presenza di b. di Koch nell'espettorato, spesso decorrono in modo benigno, non di rado guariscono spontaneamente, e danno una mortalità del 7 %.

Le lesioni sottoapicali invece sono più gravi, perchè danno luogo alle diverse forme della tisi polmonare; si presentano con un focolaio broncopolmonare sottoclavicolare, più o meno grande, circondato da un alone infiammatorio non specifico, e forniscono scarsi segni semeiologici all'osservazione clinica, essendo talora svelati soltanto dall'esame radiografico.

Queste forme sono frequenti tra i 20 ed i 35 anni, raramente oltre i 45 anni; rapidamente progrediscono dando luogo a degene-

razione caseosa, con successiva formazione di piccole caverne.

Il decorso della tbc. sottoapicale è duplice: o tende alla cicatrizzazione con formazione di processi fibrosi, allorchè la reazione organica piglia il sopravvento, oppure si estendono in alto all'apice ed in basso, dando luogo alle varie forme della tisi polmonare. Talora si può avere un decorso acuto, in cui la lesione rapidamente si diffonde all'intero lobo, con rapido esito.

È importante, dal lato terapeutico, differenziare le due localizzazioni tubercolari, perchè la prima non impone restrizioni igieniche nè cure energiche sanatoriali, la tbc. sottapicale invece ha bisogno di cure appropriate ed intense, e di riguardi igienici e profilattici.

Carusi.

Pneumoperitoneo nel corso di pneumotorace artificiale.

Nel caso descritto da Stephani e Desboeuf (*Archiv. méd. chirur. de l'appareil respirat.*, n. 5, 1929), si trattava di una ventitreenne con vasta tbc. ulcero caseosa del polmone destro, alla quale otto giorni dopo l'arrivo nel sanatorio di Montana, fu iniziato il pneumo artif. Introduzioni di gas sempre difficili; formazione dapprima di una piccola sacca precardiaca, di poi di una maggior cavità sopradiaframmatica. Alla ventisettesima insufflazione, formazione di bolla sottodiaframmatica con dolore, ogni qual volta si ripeteva l'iniezione al fianco destro. Pressione costantemente intorno allo zero, vomiti, nausee. L'immagine radioscopica dello pneumoperitoneo si mantiene per due mesi dopo i quali la p. lascia il Sanatorio. Per gli AA. l'aria sarebbe passata sotto il fegato attraverso le vie naturali, offerte dall'hiatus esofageo od aortico, ed una volta apertasi questa strada, il gas l'ha seguita costantemente, per lo meno parzialmente in ciascuna insufflazione. La localizzazione speciale poteva essere spiegata da una precedente sepimentazione causata dalla peritonite specifica sofferta tre anni prima dalla malata.

Le conseguenze di un tale pneumoperitoneo « spontaneo », sono minime e non controindicano la continuazione del trattamento.

Monteleone.

Il rapporto fra tubercolosi ghiandolare e tubercolosi polmonare.

Spesso si è affermato che esiste antagonismo fra tbc. ghiandolare e tbc. polmonare. Wang osservò solo 20 casi di tbc. polmonare su 2000 malati che avevano avuto lesioni ghiandolari, e in questi 20 casi notò tendenza a migliorare rapidamente colla sola cura sanatoriale. Secondo Sir Robert Philip il fatto che pochi malati di tbc. polmonare presentano cicatrici da lesioni ghiandolari pregresse, non basta per dire che nella maggioranza dei casi di tbc. polmonare le ghiandole cervicali non sono mai state colpite. Melville Dunlop (*Edimburgh Medical Journal*, marzo 1930) ritiene che l'associazione di lesioni ghiandolari macroscopicamente evidenti con lesioni polmonari, sia più frequente di quanto si asserisce comunemente. Su 68 casi di tbc. polmonare curati alla Colonia sanatorio di Southfield, 13 presentavano quest'associazione, cioè una proporzione del 18,9 %, ben diversa dall'1 % degli autori americani.

Di questi 13 malati 3 soli sono ancora vivi; gli altri sono morti dopo una varia durata della malattia. Nei 3 vivi la malattia polmonare è ora quiescente ed ha avuto un decorso veramente cronico e mite. La tbc. polmonare che segue quella ghiandolare non è quindi invariabilmente benigna.

R. Lusena.

Le polinevriti nei tubercolosi

La questione di sapere se esiste realmente una polinevrite tubercolare primitiva non è ancora stata risolta. È un fatto che i tubercolosi rimpinzati di medicamenti presentano spesso dei sintomi di polinevrite. In tal caso, si deve soprattutto incriminare l'arsenico somministrato sotto forma di cacodilato di sodio o di liquore del Fowler, oppure il creosoto. H. Roger e P. Simeon (*Journal des praticiens*, 4 genn. 1930) criticano molto il trattamento dei bacillari con forti dosi di cacodilato di sodio, mentre non si dovrebbe oltrepassare la dose di 5 cg. al giorno. Da ciò l'errore della terapia moderna.

Ancor più frequente è la polinevrite da creosoto. Soprattutto si deve diffidare del fosfato di creosoto, che va considerato come un agente nocivo di primo ordine. Tipico è il fatto riportato da Bertolini, di un malato che, dopo avere ingerito quaranta capsule di creosoto in 15 giorni, fu colpito da una polinevrite sensitivo-motrice, che durò 14 mesi.

fil.

Emottisi e disturbi vaso-motori.

Da tempo, Bezançon ha spiegato la frequenza dell'emottisi nella tubercolosi fibrosa, con l'esistenza di ricche neoformazioni vascolari, facilmente riconoscibili al microscopico nelle zone di sclerosi od in vicinanza di queste.

Oggi, invece, la questione si sposta, portandosi piuttosto sullo studio del terreno individuale. Quando si completa l'osservazione dei malati, con l'esplorazione del riflesso oculomotore, con le prove farmacodinamiche, con lo studio del sistema nervoso vegetativo, del tempo di coagulazione e di sanguinamento, si vede la parte essenziale delle perturbazioni vasomotrici nella produzione delle emottisi di tali individui.

Lo stesso ordine di fattori si trova alla base, non solo di molte emorragie delle vie aeree superiori, ma anche di diverse forme di edema polmonare acuto che si osservano in parecchie malattie del sistema nervoso e nelle ferite cranio-encefaliche. Si avrebbe una sin-

drome vasomotrice complessa, un insieme congestizio, che interessa tutta la parte cefalica del corpo. In questi casi, sarebbero da prescriversi i medicamenti specifici, il tartrato di ergotamina o l'atropina.

(Bezançon e Jacquelin, *Presse med.*, 5 giugno 1929). *fil.*

TERAPIA.

Trattamento del dolore con iniezioni neurolitiche.

Nei casi in cui il dolore è dipendente da una causa per sè stessa grave, come per es., nei neoplasmi inoperabili delle regioni innervate dal plesso sacro-coccigeo, brachiale, cervicale, ricorrere ad interventi mutilanti per abolire il sintoma dolore non è giustificato; per questo nel 1926 Reding propose l'alcoolizzazione del plesso.

E. van Erps (*Le Scalpel*, n. 16, aprile 193) riferisce su tale mezzo terapeutico, ricordando che Pitres e Berger nel 1895 per i primi suggerirono ed impiegarono le iniezioni di alcool nel dolore.

L'A. s'è servito della soluzione proposta da Sicard: alcool a 94° 20 cmc.; mentolo 10 ctgr.; novocaina 20 ctgr. La soluzione si inietta intorno al tronco nervoso, proprio alla sua emergenza dal foro di coniugazione, prima che si sia formato il plesso, al di dentro dei rami comunicanti, che son composti di fibre afferenti ed efferenti.

Istologicamente l'alcool distrugge le fibre mieliniche ed amieliniche, ed i gangli; segue una rigenerazione più o meno rapida.

Le dosi da iniettare sono: cmc. 1 ad ogni foro di coniugazione seguendo la linea paravertebrale; cmc. 4 a livello dei due fori sacrali posteriori S^2 (quindi cmc. 8); per un nervo (nevrite) è sufficiente 1 cmc.

Il numero delle iniezioni è dipendente dalla localizzazione o generalizzazione dei fenomeni dolorosi.

Le iniezioni neurolitiche si accompagnano sempre a temperatura febbrile, che cessa dopo 2-4 giorni.

Non sono state osservate paralisi; le paresi invece sono molto frequenti, ma scompaiono completamente o in breve (1 ora) o dopo qualche giorno.

È ovvio che l'alcoolizzazione non sopprime la causa; la cessazione del dolore può persistere da 6 a 18 mesi, ciò che è di enorme giovamento per l'ammalato. CARUSI.

La malario-terapia della sclerosi multipla.

La malarioterapia della sclerosi multipla non rappresenta, secondo G. L. Dreyfus e K. Mayer, un trattamento pericoloso, purchè siano tenute presenti le controindicazioni relative, e purchè si sorvegli l'apparato circolatorio, il che è possibile solo in ambienti ospitalieri.

Controindicazioni assolute sono rappresentate dalle gravi alterazioni del ricambio, dal cattivo stato generale e dalle malattie della circolazione, in quanto gli accessi febbrili sono sopportabili solo se questa è integra. In tutti i casi, se non si è completamente tranquilli, conviene far precedere alla febbre una iniezione endovenosa di soluzione glucosata di strofantina.

Saranno inoltre esclusi dal trattamento i casi gravi, con manifestazioni notevoli di *deficit* midollare e cerebrale, anche se l'inizio della malattia risalga a poco tempo; come pure ne saranno esclusi i malati la di cui malattia duri da più di 3-5 anni, non potendosi allora sperare alcun risultato soddisfacente.

Tanto più breve è la durata dell'affezione, tanto più sicura sarà. in generale, la durata dei risultati. Già dopo due anni dall'inizio l'influsso terapeutico diminuisce in maniera notevole.

L'età del malato più propizia per la cura sembra essere tra 18 e 40 anni.

La forma cronico-progressiva della sclerosi multipla può essere migliorata dalla malarioterapia altrettanto bene quanto la forma a riprese.

Il sesso non influisce per nulla nella prognosi.

Nessun rischio esiste nell'uso di inoculazioni di plasmodi provenienti da soggetti metasifilitici a soggetti poliscleroticì non sifilitici.

Gli AA. attenendosi ai precetti summentovati, nel corso di 5 anni di esperienza, hanno potuto registrare successo nel 30-40:100 dei casi.

Sarebbero desiderabili ulteriori ricerche per stabilire se, dopo una malarioterapia ad esito positivo non fosse indicato completare la cura con preparati salvarsanici o antimoniali, provocando dopo un altro anno degli accessi febbrili con sostanze piretogene (sulfosin, pirifer, saprovitan, recurrens, ecc.). M. FABERI.

Gli usi del cloretone.

Il cloretone è l'alcool butilico terziario triclorato; esso è usato con successo nel male di mare W. E. (*Lancet*, 14 dic. 1929) lo raccomanda caldamente nel trattamento della corea; i movimenti coreici scompaiono in cinque giorni circa ed il malato abbrevia notevolmente il soggiorno all'ospedale.

In un bambino affetto da tetano, con attacchi ad ogni ora e considerato come perduto, un clistere di g. 1,3 di cloretone portò la scomparsa delle crisi e la guarigione.

Il cloretone agisce con ottimi risultati nei casi di irritabilità della vescica (una capsula da 325 mg.).

Nella congiuntivite da gas di guerra, si sono ottenuti buoni effetti con l'uso di 28 grammi di soluzione satura di cloretone (g. 1,62, in 28 di acqua) con 7 grammi di adrenalina all'1 per mille.

L'effetto è immediato anche in caso di febbre da fieno, usando la soluzione precedente per polverizzazione.

Il cloretone agisce bene anche nella flatulenza gastrica acuta, nella dismenorrea, nel singhiozzo persistente e nei dolori dello zona.

Infine, l'A. ha ottenuto la guarigione della pertosse in una settimana con la stessa soluzione somministrata quattro volte al giorno, in ragione di 65 mg. per dose; dopo due giorni, la somministrazione si fa la sera e la mattina, per altri tre giorni. *fil.*

Cura della paralisi respiratoria della poliomielite in una camera respiratoria.

La paralisi del respiro è la causa più frequente di morte nella poliomielite acuta. Shambangh, Harrison e Farrel (*The Journ. of The American Medical Association*, 3 maggio 1930) curarono tre casi ponendo i malati nell'apparecchio respiratore di Driuher ed ebbero un caso di guarigione. L'apparecchio è composto di una cassa d'aria in cui si pone a giacere il paziente; nella cassa si può modificare la pressione dell'aria mediante un apparecchio elettrico, in modo che l'aria è introdotta nei polmoni ed estratta da essi alternativamente, cioè facendo una respirazione artificiale. Il tutto è congegnato in modo che durante la permanenza nell'apparecchio è possibile somministrare al malato clisteri, rettoclisi, ipoclermoclisi.

Il primo tentativo di curare la paralisi respiratoria della poliomielite colla respirazione artificiale a macchina fu fatta nel 1926 da Petrèn e Syöwall con un apparecchio di Thunder. L'anno scorso Driuher e McKhann riferirono di un caso, trattato col respiratore Driuher, in cui si ebbe la morte per polmonite. Il primo caso di guarigione è uno di quelli riferiti dagli AA.; negli altri due da essi trattati si ebbe morte per polmonite. Per evitare questa complicazione il paziente dev'essere posto precocemente nel respiratore e deve cambiare spesso di posizione. Occorrono quattro uomini per cambiare di posizione al paziente.

Questo metodo per ora è da applicarsi soltanto in ambiente ospedaliero. R. Lusena.

Intossicazione da aspirina.

Sono noti i disturbi dei preparati salicilici, specialmente del salicilato di sodio, consistenti in ronzii d'orecchio con diminuzione dell'udito, tachicardia, dolori gastrici, stato nauseoso.

Le forti dosi di aspirina possono dare in certi casi, un esantema ed anche un enantema e talora anche dell'ipertermia.

Krasso (*Wiener klin. Wochens.*, 12 dic. 1929) riporta il caso di una donna di 25 anni che, a scopo suicida, aveva ingerito 60 compresse di aspirina, da 50 cg. Un'ora dopo, comparvero ronzii d'orecchio, vomiti, sete inestinguibile. Esame obiettivo negativo, a prescindere dal rossore della faccia, dalla secchezza delle mucose, dalla respirazione del tipo di Kussamul e dall'ipotensione. Si trovò, nell'urina, dapprima una piccola quantità di albumina, poi dell'urobilina. All'esame del sangue, anemia media con iperleucocitosi.

Decorso favorevole; il trattamento consistette in lavande gastriche. *fil.*

Le iniezioni di epinefrina nell'emicrania.

Vlastos (*Journ. de méd. de Paris*, 16 gennaio 1930) ha ottenuto buoni effetti in alcuni casi, per mezzo di iniezioni di 1/4 a 1 mg. di epinefrina, fatte lungo il decorso dell'arteria parietale o frontale e precedute da una dose di caffeina (10 cg.), che ne aumenterebbe l'efficacia.

In un caso, p. es., di una donna di 22 anni, che soffriva di attacchi di emicrania dall'età di 16 anni, le iniezioni fecero scomparire ogni disturbo ed il benessere dura da due anni. In un'altra donna di 28 anni, in cui l'emicrania era particolarmente forte ed accompagnata da vomito, l'iniezione di 1/4 di mg. di epinefrina venne seguita (10 minuti dopo) da tremore, oppressione e tachicardia (fino a 160). L'accesso passò; il giorno seguente, se ne iniettarono 3/4 di mg. ed al terzo giorno, in presenza di un altro accesso, se ne iniettò 1 mg. Da oltre due anni, non si sono più presentati accessi. *fil.*

VARIA.

I paranoici nella rivoluzione francese.

Le grandi crisi della storia sono dominate da personaggi la cui mentalità trovasi al confine della patologia mentale o la varcano senz'altro.

È difficile dire se e per quanto questi individui d'eccezione determinano le svolte della storia o gli avvenimenti e l'ambiente sociale ne favoriscano lo sviluppo e li portano alla ribalta.

L'esagerato apprezzamento del proprio io, l'esibizionismo, il fanatismo, il proselitismo, la rigidità mentale, l'idealismo sono i loro caratteri peculiari.

La mancanza dei disturbi, allucinazioni e indebolimento intellettuali, che sogliono riscontrarsi nei folli conclamati fa ritenere questi psicotici individui sani e fuori della normalità solo per qualità ammirevoli.

In effetti la paranoia è una malattia costituzionale spesso compatibile con un'esistenza apparentemente normale, accompagnata talvolta da una reale superiorità intellettuale.

Il paranoico si considera un essere superiore che deve superare tutte le resistenze, distruggere gli ostacoli contrari alla propria idea dominante.

Duhamel (1) rileva che il periodo della ri-

(1) J. Duhamel. *Rôle des élémenls paranoïques dans la génèse des idées révolutionnaires.* Editore Vigné, Parigi.

voluzione francese è stato particolarmente fecondo nella produzione di malati di questo genere, soffermandosi sopra tutto nello studio della personalità psichica di Saint-Just, Marat e Robespierre.

Saint-Just poeta apprezzato a diciannove anni, triumviro a venticinque, fece carriera rapida e brillante. Si fece subito notare per il fanatismo smisurato, la paradossalità delle sue idee, la feroce rigidità del suo carattere. La sua sola ragione d'essere alla tribuna è quella di esigere teste per preparare il regno della virtù.

La sua arroganza non ha limiti. Il suo stile è l'espressione del suo carattere autoritario, preciso, laconico e violento. Lo provano le seguenti frasi: « Non sapete apprezzarmi perchè siete tutti vili. Tuttavia la palma della mia gloria s'innalzerà e vi metterà nell'ombra. Infami, mi chiamate furbo e scellerato solo perchè non ho danaro per comprarvi. Strappatemi il cuore e mangiatelo, diventerete quel che non siete, grandi! ». Misantropo, utopista, vendicativo, Saint-Just domanda ed ottiene infornate di condanne, e fa ghigliottinare, seduta stante, generali ed interi stati maggiori per motivi se non futili per lo meno discutibili.

Vinto, si chiude in un mutismo assoluto e muore senza parlare.

Marat, come scrive lui stesso, è divorato dalla passione della gloria e si sente ingiustamente perseguitato e martirizzato. I suoi insuccessi nel campo della scienza sono in gran parte la ragione dell'odio contro la società del vecchio regime. Marat perseguitato, vilipeso, scoraggiato per i suoi scacchi accademici, diviene il nemico irriducibile di coloro che egli aveva sollecitato senza successo.

Gottschalk scrive: « Timore continuo d'essere perseguitato, diffidenza verso tutti, convinzione ardente della propria sincerità e della propria infallibilità costituiscono gli elementi della follia di Marat. La sua scienza è tale che ritiene d'avere esaurite tutte le combinazioni dello spirito umano in fatto di morale, di filosofia e di politica. Se non siete all'altezza di comprendermi, egli disse una volta, peggio per voi ».

Il caso di Marat, scrive Cobanès nel suo studio su la neurosi rivoluzionaria, riguarda unicamente la psichiatria. Sfortunatamente la rivoluzione lo prese sul serio, invece di mandarlo al manicomio.

Spirito inguaribilmente falso, ambizioso, invidioso, perseguitato-persecutore, predica tutti i giorni la morte ed il massacro. *L'ami du Peuple* lo tiene in comunione con il popolo che galvanizza. La sovranità del popolo è il suo principio al quale informa tutta la sua condotta ed al quale tutto deve essere sacrificato. Per il trionfo di quest'idea reclama 270.000 teste.

Massimiliano Robespierre si fa ben presto una reputazione d'austerità ed è ritenuto un santo. Diventa l'idolo del popolo, che egli porta alle stelle.

Petion lo definisce un essere insocievole, che vede da per tutto complotti, tradimenti, precipizî, non ascolta che sè stesso, non tollera contrarietà, non perdona mai, non riconosce mai i propri torti, s'irrita al più lieve sospetto, non conosce le convenienze, cerca con affettazione l'applauso delle folle, vanta sempre i propri meriti.

L'« incorruttibile » parla di Dio e della Provvidenza come di enti che lo prediligono, si dichiara amico dei poveri, dei deboli, si fa seguire dalle donne e dai deboli di spirito e riceve giornalmente le loro adorazioni ed i loro omaggi, scompare davanti al pericolo e si vede solo lui quando il pericolo è scomparso.

Robespierre non è altro che un prete: i suoi discorsi sono prediche, i suoi colleghi sono catecumeni.

È sotto questo aspetto che sopra tutto si estrinseca la sua paranoia: tutto ciò che il popolo desidera è legittimo. Lo si ritiene disinteressato, giusto, buono, accessibile alla pietà, feroce solo quando si tratti del bene pubblico, della felicità del popolo, dell'interesse dello Stato.

A misura che gli avvenimenti precipitano la morbosità della sua costituzione mentale si accentua. L'invasione degli stranieri, la guerra civile, le lotte nel Consiglio ottenebrano il suo giudizio e la sindrome paranoica si aggrava sempre più.

La dittatura di Robespierre è assoluta; comanda da padrone nel Comitato di Salute Pubblica; la Rivoluzione s'impersona in lui. Il terrore comincia con la dittatura dell'incorruttibile.

I suoi costumi sono puri, egli è « l'unico ». Da per tutto sono perversi, intriganti e traditori.

Rimane solo: lui. La festa dell'*Essere supremo* ne è la prova: egli solo in quel giorno prenderà la parola, e l'immenso canto di gloria, il *Te Deum* laico sarà indirizzato all'ente metafisico come al suo ministro concreto, Robespierre.

Del resto sembra accertato che una delle sue ambizioni fosse diventare il Pontefice massimo della nuova religione.

Il carattere paranoico della mentalità di Robespierre è forse più evidente che negli altri grandi attori della Rivoluzione francese: esagerazione accentuata nel riconoscimento dei propri pregi, lui solo il puro, lui l'incorruttibile per definizione, lui solo il sostenitore dei diritti del popolo; tendenza alla fondazione di una nuova religione della quale aspira a diventare il grande sacerdote, sospetto di tutti e di tutto; persecuzione implacabile contro gli avversari della sua persona e della sua idea dominante.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Schema di statuto tipo per le Casse mutue di assistenza per malattie.

Il fascicolo 30, in data 15 giugno, del Supplemento per la pubblicazione dei contratti collettivi di lavoro del Bollettino Ufficiale del Ministero delle Corporazioni contiene lo schema di Statuto (concordato nello scorso marzo fra la Confederazione generale fascista dell'industria italiana e la Confederazione nazionale dei sindacati fascisti dell'industria) per le Casse mutue professionali, interaziendali o interne di assistenza per malattie in favore dei dipendenti da aziende industriali.

Tali Casse hanno lo scopo di corrispondere agli iscritti, in caso di malattia, una indennità giornaliera; di prestare gratuitamente l'assistenza medico-chirurgica e farmaceutica e concorrere eventualmente nelle spese di ricovero in case di cura; di erogare al coniuge o ai congiunti viventi a carico dell'iscritto un sussidio in caso di morte dell'iscritto stesso; di concorrere eventualmente nelle spese per altre forme di assistenza, quali cure in stabilimenti idroterapici, climatici, balneari o in convalescenziari; di concedere sussidi straordinari agli iscritti che si trovino in stato di indigenza per gravi malattie o per eventi luttuosi di famiglia. Anche alle donne viene concessa, in caso di parto, l'indennità giornaliera di cui sopra — con deduzione del sussidio percepito in base al R. decreto-legge 13 maggio 1929, n. 850, sulla tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio —, nonchè l'assistenza ostetrica o di maternità.

L'iscrizione alle Casse di malattia è obbligatoria per tutti gli operai di ambo i sessi, in forza del patto contenuto nel contratto collettivo di lavoro.

Le entrate delle Casse sono costituite dai contributi, la cui misura viene stabilita per ogni Cassa in ragione della retribuzione degli iscritti. I contributi debbono essere corrisposti in parti uguali dai datori di lavoro e dai lavoratori.

L'indennità di malattia viene liquidata all'assicurato, in una percentuale del salario, quando la malattia abbia una durata non inferiore a un certo numero di giorni — da stabilirsi per ciascuna Mutua — e renda l'assicurato stesso inabile al suo lavoro abituale, e purchè l'iscritto abbia versato alla Cassa l'importo di almeno 18 contributi settimanali. Per le donne che abbiano partorito, l'indennità è concessa per i 20 giorni precedenti e i 20 successivi al parto.

Sono stabilite particolari norme per i casi di decadenza dal diritto al sussidio e di inammissibilità del diritto stesso.

L'assistenza medico-chirurgica, ospedaliera e farmaceutica compete fin dal giorno stesso in cui l'operaio si è iscritto alla Cassa; l'assistenza medico-chirurgica comprende le cure di ambulatorio, le cure a domicilio e gli interventi chirurgici il cui costo non superi le L. 800; i casi di maggior gravità saranno esaminati di volta in volta. I medici in genere sono designati dalla Cassa; soltanto in casi eccezionali e di urgenza, può essere consentito di rivolgersi ad altri medici.

Le entrate delle Casse si dividono in ordinarie (contributi; interessi annuali a carico del datore di lavoro sulle somme trattenute ai lavoratori a titolo di deposito di garanzia; interessi patrimoniali) e straordinarie (eccedenza di bilancio; multe disciplinari imposte dal datore di lavoro agli iscritti alla Cassa; altri eventuali introiti previsti dal contratto collettivo di lavoro; donazioni, lasciti). Le uscite si dividono anch'esse in ordinarie (indennità e altre forme di assistenza; spese per il normale funzionamento della Cassa) e straordinarie (spese di impianto; tutte le altre spese per il raggiungimento degli scopi).

Ciascuna Cassa è retta da un Consiglio di amministrazione composto di 4, 6 o 8 membri, secondo trattisi di casse aziendali, interaziendali o professionali, nominati in pari numero dall'Unione provinciale dei sindacati fascisti dell'industria e dall'Associazione dei datori di lavoro interessati: uno di questi ultimi assumerà la funzione di amministratore delegato, mentre uno dei membri designati dall'Unione dei sindacati assumerà la funzione di direttore generale. Vi sono infine due sindaci, uno di parte padronale e l'altro dei lavoratori.

Ogni trimestre dev'essere compilato un rendiconto finanziario e, ogni anno entro gennaio, il bilancio consuntivo per l'anno decorso e il preventivo per la nuova gestione finanziaria. Ogni anno dev'essere compilata una relazione sulle principali vicende della Cassa: copia della relazione e dei bilanci dovrà essere trasmessa al Ministero delle Corporazioni.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquasparta (*Terni*). — Stipendio annuo lordo L. 8000 più L. 2100 per indenn. servizio attivo. Indennità mezzo di trasporto: L. 500 per bicicletta, L. 2000 per motocicletta; L. 4000 per cavallo od autom. Caro viveri se dovuto. Età limite anni 35. Scadenza 25 settembre.

Ascoli Piceno. — Condotta urbana. Stipendio annuo lordo L. 8000. Dieci aumenti biennali. Indennità per i poveri oltre del 25 per cento della popolazione. Età massima anni 35. Scadenza 1° ottobre.

Bari *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene di Bisceglie. Popolazione legale 39.272. Stipendio annuo L. 14.000 aumentabile a L. 21.000 per effetto di 5 aumenti quadr. del decimo dello stipendio iniziale. Obbligo di eventuali funzioni di medico di porto. Divieto libero esercizio professionale. Domande e documenti debbono pervenire non oltre le ore 12 del 30 ottobre alla R. Prefettura di Bari (Ufficio del Medico Provinciale). Per ottenere chiarimenti, bando di concorso, ecc., rivolgersi come sopra.

Bisceglie (*Bari*). — Uff. sanit. (V. Bari).

Campobasso. — Direttore Sanitario Sala ricezione degli illegittimi. Stipendio annuo lordo L. 6000, con cinque aumenti quadriennali. Età massima anni 45. Scadenza 25 settembre.

Castions di Strada (*Udine*). — Medico chirurgo. Stip. 9.000; serv. att. 500; Uff. san. 800 c. v.

di legge. Indennità trasporto. Scad. 15 settembre. Documenti e informazioni Municipio.

CITERNA (*Perugia*). — Stipendio annuo lordo L. 8000, con quattro aumenti quinquennali, più L. 600 pel servizio attivo e L. 1200 per indennità supplettiva di servizio. Caro viveri. Pel mezzo di trasporto L. 4000 se auto o L. 2000 se bicicletta. Età mass. anni 35. Scadenza 30 ottobre.

MELITO DI NAPOLI. — Stipendio annuo lordo lire 9500 con cinque aumen. quadriennali. Scadenza 30 settembre.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Perugia*). — Stipendio annuo lordo L. 10.000 con quattro aumenti quinquenn. del decimo. L. 3000 per mezzi di trasporto, più L. 720 per caro-viveri. Scadenza 15 settembre.

NAVE (*Brescia*). — Consorzio con Bovezzo. Stipendio annuo lordo L. 9000 con sei quinquenni. L. 2000 per mezzi di trasporto. Scadenza 20 settembre.

ORTA S. GIULIO (*Novara*). — A tutto settembre 1930. Stazione climatica, pel Lago omonimo. Abitanti 1235. Stipendio L. 8000 ed accessori. Documenti di rito. Tassa di concorso L. 50. Scadenza 30 settembre 1930. Schiarimenti e capitolato a disposizione presso il Municipio.

PRALORMO (*Torino*). — Medico condotto. Stipendio iniziale L. 8.000. Scad. 12 ottobre. Condizioni Segreteria Comunale.

ROMA. *Ministero Comunicazioni*. — Per titoli posto Medico Reparto Ferrovie Stato. Reparto Orte. Linea Civitavecchia-Orte. Residenza Orte Città o Orte Scalo Ferroviario. Domanda e documenti Ispettorato Sanitario Ferrovie. Scad. ore 17 del 30 settembre.

SASSOCORVARO (*Pesaro*). — Interinato medico, prevalentemente chirurgico, per la prima condotta. Documenti subito. (V. N. 34).

TERNI. *Ospedale Civile*. — Per titoli ed esami. Posti di Medico Primario Direttore, Aiuto chirurgo e tre Assistenti Medici-Chirurghi; stipendi annui lordi rispett. L. 12.000 più L. 1100 ind. serv. attivo e L. 3000 assegno di direzione; L. 7000 più L. 1100 ind. serv. attivo; L. 4000 più L. 1100 ind. serv. att. Scadenza 1° ottobre. Per chiarimenti e presentazione domande e documenti rivolgersi Congregazione di Carità.

TREDOZIO (*Forlì*). — L. 11.000 con un massimo di aumento per ogni biennio di servizio eff. fino a un massimo di dieci bienni del ventesimo. Ind. caval. L. 2500. Scad. 15 settembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Assemblea della Facoltà di medicina e farmacia di Bordeaux ha designato, ad unanimità, alla cattedra di chimica biologica: 1° il prof. Delaunay; 2° il dott. Vitte.

L'Università di Cairo ha nominato dottore *honoris causa* il dott. A. Damas Mora, direttore generale dei Servizi di Sanità e Igiene di Angola, del quale sono apprezzati i lavori sulla malattia del sonno e sulla sua profilassi.

Il dott. Frederic W. Schultz, della Facoltà Medica di Minneapolis, è nominato direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Chicago e del pedocomio « Memorial Bobs Roberts Hospital » della stessa città.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Oslo, 16 agosto.

La VII Conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

Numerosi sono i convenuti da 33 Nazioni in questa simpatica e tranquilla città nordica, dove un clima mite ed un limpido sole primaverile ci hanno compensato delle giornate fredde e burrascose passate nell'attraversare l'Europa centrale.

Forte il gruppo degli italiani (65, esclusi i membri di famiglia), che viene subito dopo quello della Francia (67) ed è seguito dalla Germania (63), Polonia (42) e Stati Uniti (38). Fra gli italiani, oltre a quelli facenti parte della Delegazione, dei quali il « Policlinico » ha già dato notizia, abbiamo notato i proff. U. Carpi, D. Campanacci, G. Costantini, G. Forni, P. Gaifami, L. Piazza, G. Ronzoni, L. Urizio ed altri.

La seduta inaugurale, svoltasi alla presenza dei Reali, è stata allietata dai canti di un breve poema, in cui un medico di qui, il dott. A. Brinchmann ha espresso in versi pieni di delicato sentimento la disperazione che la tubercolosi induce nel tranquillo fluire della vita ed il benefico soccorso che offre la santa armata antitubercolare, che s'avanza sotto il simbolo della doppia croce rossa.

Una delle sedute che si presentava come molto interessante è stata quella in cui si è trattata la questione della *vaccinazione antitubercolare col BCG*. I recenti fatti di Lubecca, la presenza del venerando sen. Maragliano, correlatore, davano all'argomento un sapore di viva attualità e facevano prevedere vivaci discussioni. Ma, nell'atmosfera tranquilla della conferenza, in massima parte favorevole al Calmette, le voci discordi si sono sperdute o non sono state ascoltate. Ai fatti di Lubecca è stato fatto soltanto un accenno dal prof. Maragliano il quale ha detto che essi non sono da lui valutabili e dal dott. Hamel, di Berlino, presidente dell'Ufficio di Sanità pubblica del Reich il quale ha confermato che la coltura inviata dal Calmette a Lubecca era *« irreprochable »* e che si deve ammettere una probabile contaminazione ulteriore.

A quest'ultimo ha risposto il sen. Honnorat, presidente del Comitato francese antitubercolare, il quale ha espresso le sue vive condoglianze per i fatti luttuosi di Lubecca, che hanno avuto in Francia la più larga eco. Da questi avvenimenti, egli aggiunge, deve risultare una lezione per tutti sulla indispensabilità di prendere dovunque le più rigorose precauzioni, nella manipolazione delle colture.

La discussione che si poteva prevedere a proposito dei metodi di vaccinazione Maragliano e Calmette è mancata, soprattutto perchè il prof. Maragliano, pure accennando alla priorità delle vedute della scuola italiana sull'argomento, ha portato con grande cavalleria la trattazione dell'argomento in un campo molto elevato e sereno Ha riconosciuto l'azione immunizzante del vaccino Calmette, confermando che esso è innocuo nella massima parte dei casi, facendo solo rilevare che esso non è l'unico, in quanto egli applica sull'uomo il vaccino antitubercolare con bacilli morti fin dal 1903. Ma ha riconosciuto a Calmette il merito di aver continuato studi e ricerche, a cui si deve se oggi l'idea della vacci-

nazione antitubercolare si è diffusa nel mondo. È questo il importante, egli aggiunge; sull'efficacia dell'uno e dell'altro metodo, si potrà avere un giudizio dalle statistiche, ma l'essenziale è che si vaccini. Affermazione nettamente italiana questa della vaccinazione.

Nella sua risposta, il Calmette afferma di professare per il Maragliano una grande venerazione; è al grande scienziato italiano che si deve per primo l'idea di proporre la vaccinazione antitubercolare per l'uomo, mentre Strauss l'aveva proposto per i soli animali. Naturalmente egli, sostenitore della efficacia dei soli vaccini vivi, non ritiene possibile ottenere un'immunità di lunga durata, quale si esige nella tubercolosi con i soli vaccini morti.

* * *

Il gruppo degli italiani (E. Morelli, Urizio, Bocchetti e Ilvento, Costantini e Alberto Ascoli) ha parlato in italiano.

Questa simpatica manifestazione di italianità, può però costituire un'arma a doppio taglio, se (come si fa spesso nella Babele dei Congressi internazionali), non si fa seguire una breve traduzione in altre lingue. È così accaduto qui che gran parte delle osservazioni degli italiani è andata sperduta ed è rimasta ignota a molti congressisti, anche perchè gli italiani erano fra gli ultimi, quando l'assemblea era stanca di tre ore di discussione. Ed è stato un vero peccato, soprattutto perchè gli italiani, nell'osanna delle voci inneggianti a Calmette sono stati fra i pochi che hanno consigliato la prudenza nella valutazione dei risultati e nella larga applicazione del metodo. Essi poi sono stati (Morelli, Urizio, Costantini) gli unici che hanno rilevato la necessità dei dati clinici per portare un giudizio sul vaccino Calmette. Da tutti gli altri abbiamo sentito discussioni sui risultati di laboratorio, sulla efficacia nei grandi o nei piccoli animali, sul valore da attribuirsi alle varie statistiche, ma l'importanza della rigorosa osservazione clinica è risultata soltanto dalle comunicazioni degli italiani. I quali hanno avuto anche un altro merito, tutt'altro che piccolo in questi Congressi, quello di essere brevi, chiari ed incisivi. Mentre alcuni si sperdevano nella estenuante descrizione di eccessivi particolari, od in inutili frasi, ed altri facevano perdere il tempo con interminabili proiezioni di pagine di registri, gli italiani hanno portato il contributo delle loro osservazioni e delle loro critiche nella loro vigorosa parte sostanziale.

L'ordine del giorno che da Calmette e sostenitori si voleva assolutamente favorevole al vaccino Calmette, è stato, grazie alla resistenza dei rappresentanti italiano, tedesco e canadese, contenuto in limiti più moderati, affermando la necessità di nuovi studi e di ulteriori esperienze.

* * *

La seconda giornata è stata dedicata agli *interventi chirurgici nella tubercolosi polmonare e in special modo alla toracoplastica.*

La relazione generale è stata presentata dal prof. Bull di Oslo, che ha esposto assai chiaramente e completamente lo stato attuale della questione e i risultati finora ottenuti, fermandosi specialmente sulla importanza di una precisa indicazione all'intervento (forma anatomo-patologica, unilateralità, impossibilità dello pneumotorace), sulla tecnica operativa e in particolare sulla questione dell'anestesia da usare, dall'operazione in uno o più tempi, totale o parziale, più o meno estesa, e su quelle complementari (frenicectomia, piombaggio, apicolisi, ecc.), sulla necessità di un certo tempo di attesa con cura sanatoriale e sulla differenza per i risultati a seconda che l'operazione venga praticata in un sanatorio speciale o in uno dei comuni reparti chirurgici. Ha infine riferito la sua statistica e quelle di altri chirurghi norvegesi con risultati assai buoni. Ha mostrato anche numerose radiografie e direttamente molti degli operati perfettamente guariti.

Su questi punti hanno anche parlato parecchi correlatori, uno per ciascuna nazione, fra cui il prof. Sauerbruch di Berlino, uno dei pionieri della toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare, che ha portato una statistica assai numerosa e con buoni risultati, il dott. Dumarest per la Francia, il Morriston-Davies per l'Inghilterra, Einar Key per la Svezia ed altri.

Il correlatore per l'Italia prof. Leotta non ha potuto intervenire perchè indisposto. Ma l'esperienza italiana è stata comunicata al Congresso da molti dei nostri tisiologi e chirurghi, fra cui ricordiamo il Malan di Torino, che ha rilevato alcuni dati assai importanti negli interventi, il Carpi di Pavia-Milano, che ha esposto assai chiaramente le indicazioni per la collassoterapia in genere e per la toracoplastica in particolare, riportandosi alla dottrina fondamentale del Forlanini, il Ronzoni di Milano che ha riferito la statistica del Redaelli, che è quello che in Italia ha maggiore esperienza in proposito e più numerosi casi operati. Con particolare attenzione è stato ascoltato il nostro prof. R. Alessandri, il quale ha insistito sul vantaggio di una stretta collaborazione medico-chirurgica scientifica; come si realizza nell'Istituto B. Mussolini, il che spiega i risultati assai favorevoli ottenuti, e ha brevemente fissato le indicazioni e la tecnica.

* * *

L'ultima questione riguardava l'*insegnamento della tubercolosi agli studenti ed ai medici.* Su di essa ha riferito W. His di Berlino dimostrando che l'insegnamento della tubercolosi deve rientrare nel quadro dell'insegnamento clinico della medicina interna, della medicina infantile, della chirurgia e della dermatologia. Queste cliniche devono accogliere un numero sufficiente di tubercolosi a tutti gli stadii e tenersi eventualmente in rapporto con i servizi per i tubercolosi in altri ospedali, con i sanatori ed i dispensari.

Gli studenti devono avere l'occasione di visitare dei sanatori e dei dispensari. Sono altresì desiderabili dei corsi speciali e degli esercizi sulla tubercolosi, ma non è necessario che essi siano obbligatori.

I corsi di perfezionamento destinati ai medici sulla patologia, la diagnosi, il trattamento e la profilassi della tubercolosi debbono essere organizzati in modo che i pratici possano ogni tanto rinfrescarvi le proprie conoscenze. È inoltre desiderabile che si organizzino dei corsi completi sull'insieme della tubercolosi e su certi problemi speciali. Ai medici, che desiderano perfezionarsi, si deve fornire l'occasione di frequentare dispensari e sanatori.

I funzionari medici hanno bisogno di una formazione e di un perfezionamento approfondito

sulla tubercolosi; le Autorità debbono inoltre favorire la frequenza ai congressi nazionali ed internazionali.

Il relatore italiano, on. prof. E. MORELLI, ha anzitutto rilevata la necessità di stabilire una distinzione fra l'insegnamento scientifico e quello clinico della tubercolosi; il primo può farsi in qualsiasi istituto provvisto di mezzi adeguati. In riguardo al secondo, egli osserva che ogni clinico può e deve insegnare la tisiologia e non si debbono quindi avere divisioni nell'insegnamento comune, ma che è necessario costruire delle scuole di specializzazione in cui il clinico debba avere una competenza assoluta nel campo della tubercolosi. Si debbono, perciò, avere pochissime scuole di tisiologia, ma perfettamente e largamente organizzate dal punto di vista della dotazione e del numero di malati, in cui l'insegnamento va affidato a clinici di medicina generale specializzati in tisiologia.

La specializzazione, però, non va fatta in tisiologia pura, ma deve comprendere la clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio.

Egli ha descritto poi, col sussidio anche di proiezioni, l'Istituto Benito Mussolini, attualmente in corso di costruzione, che costituirà un vero modello del genere come istituto scientifico e clinico, con numerose sezioni di chirurgia, pediatria, radiologia, ostetricia, ecc.

L'insegnamento, egli aggiunge, non va fatto nel sanatorio, dove si vedono le sole malattie del polmone, ma comprendere, in generale tutte le malattie respiratorie. Aderisce, inoltre, all'idea di L. Bernard sullo scambio degli studiosi dei diversi paesi ed annuncia, a tale proposito, che nell'Istituto B. Mussolini saranno istituite due borse di studio per gli stranieri.

Fra le diverse comunicazioni, citiamo quella di Ronzoni, secondo cui l'insegnamento della tisiologia deve essere essenzialmente differenziale e non fatto nel senso specialistico consueto. Esso deve avere soprattutto riguardo alle finalità sociali. Il medico deve avere la parte preponderante nella lotta antitubercolare, perciò egli deve avere l'adeguata preparazione; lo studente va istruito in proposito ed il medico pratico va tenuto al corrente di tutti i progressi dell'attività clinico-sociale in tal campo.

Gasbarrini osserva che questo insegnamento ha tutti i requisiti delle scienze mediche generali. Solo con la conoscenza della patologia e della clinica il medico potrà contribuire alla lotta antitubercolare. È necessaria la preparazione di specialisti (corsi della durata di un triennio) per la direzione dei servizi antitubercolari. L'insegnamento deve essere impartito in istituzioni *ad hoc*, tanto più necessarie perchè oggi si ritiene indispensabile l'inquadramento dei medici condotti e pratici nella lotta antitubercolare.

Giannini mette in rilievo l'importanza della profilassi e la complessità della lotta antitubercolare, esponendo le direttive di questa che, in Italia, sono in via di attuazione.

* * *

All'unanimità è poi stata approvata la proposta della Delegazione francese di innalzare in Roma un monumento alla memoria di Carlo Forlanini; alla sottoscrizione parteciperanno i malati guariti di ogni parte del mondo. Il Capo della Delegazione italiana, S. E. Paolucci, ha ringraziato, a nome dell'Italia, per la decisione adottata.

* * *

Fra i ricevimenti, oltre a quello sontuoso offerto dalla Municipalità di Oslo a tutti i Congressisti e quello a Palazzo Reale limitato ai rappresentanti ufficiali, ricordiamo con vero piacere, per il suo carattere di intima cordialità, quello del Ministro della nostra Legazione Conte De Marsanich che, con la sua gentile Signora, ha riunito tutti gli italiani, nel ricordo della Patria lontana.

* * *

Il prossimo Congresso si terrà, nel 1932 all'Aia.

A. FILIPPINI.

NOTIZIE DIVERSE.

Prossimi congressi medici.

Settembre, 13-20, Liegi: 5° Congr. internaz. di fisioterapia. Segretario: Dr. Dubois-Trépagne, rue Louvrex 25, Liége.

Settembre, 11-21, Venezia: 19° Congresso stomatologico italiano. Presidenza: prof. G. Cavallero, via Tornabuoni 10, Firenze.

Settembre, 18-21, Liegi: Congr. della Lega internazionale contro il reumatismo. Segr.: Dr. Marcel Ory, rue Lambert-le-Bègue 22, Liége.

Settembre, 23-27, Liegi: 21° Congresso francese di medicina. Segr.: prof. Roskam, rue Beckman 16, Liége.

Settembre, 25-27, Utrecht: Congresso olandese delle cure domiciliari. Segretari: J. Beyerman e Ad. Ter Cock, Nieuegracht 69-a, Utrecht, Olanda.

Settembre, 28-30, Bruxelles: 2ª Riunione della Stampa medica latina. Segret.: Dr. Beckers, rue Archimède 36, Bruxelles.

Ottobre, 6-12, Parigi: 39° Congresso francese di chirurgia. Segreteria: rue de Seine 12, Paris (6e).

Ottobre, 7, Parigi: 30° Congresso franc. d'urologia. Segr.: Dr. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris (7e).

Ottobre, 10, Parigi: 12ª Riunione della Società francese d'ortopedia. Segretario: Dr. Sorrel, boulevard Saint-Germain 139, Paris.

Ottobre, 11-18, Parigi: 2° Congresso internaz. di patologia comparata. Segreteria: rue Constant Nadaud 2, Paris (16e).

Ottobre, 11-23, Lisbona: 13° Congresso internaz. d'idrologia, climatologia e geologia mediche. Segretario: prof. Rapaso de Megalhaes, rua Buenos Aires 3, Lisbona.

36° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Il 36° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna si terrà a Roma presso la R. Clinica Medica nei giorni 13-16 ottobre p. v.

Temi di relazione sono:

1° *L'edema polmonare* (prof. C. FRUGONI).

2° *Diagnosi differenziale tra nevrosi viscerali ed organopatie.* (prof. P. CASTELLINO).

3° *Diagnosi e terapia delle ematurie* (prof. A. FERRATA).

4° *Il servizio militare e l'indirizzo costituzionalistico in biologia ed in patologia* (magg. medico U. CASSINIS).

Non sono accettate e non inscritte all'Ordine del giorno comunicazioni di Soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versato la relativa quota (L. 50).

Le comunicazioni, le quali debbano essere presentate non oltre il 20 settembre, debbono riguardare preferibilmente argomenti attinenti i temi di relazione.

Ogni socio o aderente non può presentare più di due comunicazioni.

Sono concessi i consueti ribassi ferroviari.

Per chiarimenti rivolgersi: Segreteria 36° Congresso di Medicina Interna, presso la R. Clinica Medica, Roma.

37° Congresso Italiano di Chirurgia.

Il prossimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo in Roma nei giorni 13-16 ottobre p. v.

I temi di relazione sono: 1) Trattamento dei traumi cranio-cerebrali (relatori: Egidi, Giacobbe, Alberti); 2) Ematuria (diagnosi e cura) (relatori: Ferrata, Lasio).

Per chiarimenti rivolgersi: prof. R. Brancati, R. Clinica Chirurgica, Roma.

Congresso di Urologia.

Il 9° Congresso della Società italiana di Urologia si terrà a Roma nei giorni 15 e 16 ottobre 1930.

Temi di relazione: « La pielografia ». Relatore: prof. C. Ravasini.

Per chiarimenti e dettagli rivolgersi: prof. E. Mingazzini, 83, via Tirso, Roma.

Convegno internazionale di medicina omeopatica.

Nei primi quattro giorni del prossimo settembre, si terrà a Roma una riunione internazionale di medici per lo studio e l'incremento della medicina omeopatica, come dottrina scientifica e come pratica professionale.

Il Comitato d'onore è composto da Guglielmo Marconi, del ministro della Educazione Nazionale on. Giuliano, dal cardinal Pompili, Ascalesi e Lavitrano, dal governatore dell'Urbe, principe Boncompagni, dal prefetto Montuori, dal prof. Nicola Pende, direttore della Clinica Medica di Genova, dal prof. Roberto Marcolungo dell'Università di Napoli e accademico dei Lincei, dal marchese Filippo Crispolti, sen. del Regno, dal principe Pallavicini e dal principe Chigi Albani.

È significativa la partecipazione al Convegno di Guglielmo Marconi, come presidente del Comitato delle Ricerche e come colui che ha aperto gli occhi del mondo sulla esistenza e sulla potenza di forze sottilissime alle vibrazioni delle quali si appoggia appunto il sistema delle dosi infinitesimali della cura omeopatica.

Non meno importante è l'adesione del prof. Nicola Pende, assertore tenace insieme al suo maestro prof. Viola di una medicina costituzionale che è poi la base di una terapia strettamente individuale com'è quella fondata da Samuele Hanemann.

I tre cardinali vi portano la serenità dello spirito, la mente filosofica abituata alle alte speculazioni e uno di essi (il cardinale Lavitrano) una grande competenza nelle scienze fisiche.

L'inaugurazione avrà luogo in Campidoglio: le sedute si terranno al Palazzo Doria (Circolo di Roma) e per i films scientifici che saranno girati dai delegati della Germania, dell'Inghilterra e della Francia, il Governatore ha gentilmente concesso la Sala Borromini.

Vi sarà un ricevimento in Campidoglio e un altro offerto nel suo palazzo della contessa Gabriella Spalletti Rasponi.

4° Congresso Talassoterapico.

Nei giorni 6, 7 e 8 corrente, avrà luogo a Trieste il IV Congresso Talassoterapico, Raduno Nazionale della Sezione Talassoterapica dell'Ass. Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Il Raduno avrà uno svolgimento originale e conforme alle finalità cui s'ispira la benemerita Società che quest'anno particolarmente ha voluto onorare la nostra Regione, si svolgerà cioè in forma di crociera intorno all'Istria partendo da Trieste il primo giorno per arrivare ad Abbazia l'ultimo giorno.

L'argomento all'ordine del giorno è: « Metodi di ricerche sui risultati prossimi e lontani delle cure marine ». Relatori ne saranno il dott. Gandolfo e il dott. Gioseffi.

Presidente del Comitato promotore è il Podestà di Trieste sen. Pitacco che ha promesso il suo alto appoggio morale a quest'iniziativa che unirà alti scopi scientifici a quelli di far meglio conoscere le nostre splendide stazioni marine alle autorità mediche delle altre provincie.

Presidente del Comitato esecutivo è il dott. C. A. Lang; l'ufficio di segreteria è affidato ai sigg. dottori Battigelli Giacomo e Rinaldi Ettore.

Presiederà le adunanze scientifiche del Congresso il prof. Ceresole di Venezia, presidente del Comitato permanente della Società.

La Direzione centrale delle Ferrovie dello Stato ha accordato un ribasso del 30 % per le provenienze da tutto il Regno. La tassa d'iscrizione è di Lit. 50.

Per le iscrizioni al Congresso rivolgersi, al Sindacato Fascista Medici di Trieste Ospedale « Regina Elena ».

Congresso internazionale di Biologia.

Come abbiamo già annunziato, si svolgerà a Montevideo dall'8 al 12 ottobre e farà parte delle cerimonie commemorative del centenario dell'indipendenza uruguayana. Sarà ripartito in 5 sezioni: 1ª Biologia generale; 2ª Citologia, Istologia, Embriologia, Anatomia; 3ª Fisiologia e biochimica; 4ª Parassitologia, Microbiologia, Ematologia, Sierologia; 5ª Metodologia e didattica delle scienze biologiche. Le comunicazioni non devono superare 10 pagine di testo; si ricevono sino al 20 settembre. La quota d'iscrizione importa 5 pesos argentini (125 franchi francesi, 93 lire italiane). Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria, casilla del Coreo 567, Montevideo, Uruguay.

Congresso oftalmologico ispano-americano.

La Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, terrà l'assemblea generale a Santiago di Campo-

stela durante i giorni 15-18 settembre. Verrà discusso il tema: « Biomicroscopia dell'iride »; ne sarà relatore il prof. Mariano Soria Escudero, di Barcellona. Sono annunziate numerose comunicazioni. Avranno luogo escursioni, gite, visite, trattenimenti. Per informazioni rivolgersi al dott. Lacarrere, Plaza de Orense, 2-A, La Coruña, Spagna.

Congresso di endocrinologia.

L'« Association for the Study of Internal Secretions » ha tenuto la sua 14ª sessione scientifica annuale a Detroit, il 23 e il 24 giugno, sotto la presidenza del dott. Peter Bassoe di Chicago.

L'affluenza di congressisti, maggiore che negli anni precedenti, attesta il crescente interesse destato nel mondo medico dagli studi endocrinologici.

8° Congresso medico cubano.

Si terrà ad Avana durante la prima quindicina di dicembre e sarà diviso in 5 sezioni: medicina generale, chirurgia generale, stomatologia, farmacia, veterinaria. Per informazioni rivolgersi al dott. Miguel A. Branly, secretario general del VIII Congreso Médico Nacionál, La Habana, Cuba.

Corso di perfezionamento in ortopedia a Bordeaux.

Sarà tenuto dal prof. H. L. Rocher, con la collaborazione di vari capi di clinica, medici d'ospedale, ecc., dal 13 al 18 ottobre. Tassa di iscrizione: 200 franchi. Le iscrizioni si accettano fino al 18 ottobre. Rivolgersi al « Secrétariat de la Faculté de Médecine », Bordeaux.

Il secondo corso dell'Istituto di Cultura medica.

L'Istituto Interuniversitario Italiano ha tenuto a Varese il secondo corso estivo di cultura medica, dal 10 al 30 luglio.

Dopo la conferenza inaugurale pronunziata dal sen. Giovanni Gentile, notissimi specialisti hanno trattato l'embriologia e la morfologia del cuore dei vasi e dei reni; la patologia generale della circolazione e della secrezione renale; l'anatomia patologica dell'apparato circolatorio renale; sono stati illustrati i moderni mezzi di indagine, circa le funzioni cardio-vascolari e la funzionalità renale. Le lezioni teoriche, sperimentali e cliniche sono state sussidiate e integrate da 5 conferenze. Il corso è stato assiduamente frequentato da 54 medici italiani e stranieri.

L'Istituto di cultura medica, presieduto dal comm. Ugo Introini e diretto dal prof. Cesare Cattaneo, si è chiuso anche quest'anno con un bilancio assai lusinghiero dal lato scientifico e turistico.

In ordine dell'andamento del secondo corso, per iniziativa della presidenza dell'Istituto, ha avuto luogo, una riunione, nella quale è stato deliberato di tenere a Varese nel 1931, il terzo corso sulla moderna terapia. Il corso si svolgerà in estate ed avrà come sede una sala dell'Ospedale di Circolo.

Assemblea internazionale dei servizi di sanità dell'esercito, della Marina e dell'Aeronautica.

Quest'Assemblea è stata tenuta a Liegi dal 18 al 21 luglio 1930.

L'idea di riunire in Assemblea internazionale i Direttori dei Servizi Sanitari dei diversi paesi appartiene alla Direzione Generale di Sanità del Governo Belga, la quale ha sempre mostrato di avere molto a cuore i problemi internazionali della Medicina Militare. L'appello del Governo Belga ha avuto un consenso veramente entusiastico e significativo, poichè 24 Nazioni sono state ufficialmente rappresentate ed 8 hanno inviata la loro adesione.

L'Italia era rappresentata dal Tenente generale medico comm. Riva dott. Umberto, Direttore Generale della Sanità Militare presso il Ministero della Guerra, e dal Colonnello medico Caccia Filippo, Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Roma.

Lo scopo della riunione è stato duplice: creare un Ufficio internazionale di documentazione medico-militare, e promuovere lo scambio culturale in tempo di pace dei medici militari. Le discussioni sono state sempre serene, obbiettive e sopratutto proficue. I desiderata, votati ad unanimità dai Direttori dei Servizi Sanitari delle Nazioni rappresentate, saranno inviate dal Governo Belga, per via diplomatica, alle diverse Nazioni, e ci auguriamo che l'approvazione di essi non tardi a venire.

Il problema dello scambio culturale dei medici militari tra le diverse Nazioni in tempo di pace, è della più grande attualità, e la soluzione di esso procurerà vantaggi d'ordine personale, nazionale, internazionale.

In questa occasione si è riunito anche il Comitato permanente dei Congressi internazionali di Medicina Militare, ed ha deciso che il futuro Congresso, che avverrà all'Aia, sia riunito nella prima quindicina di giugno 1931. Ad esso possono partecipare anche Ufficiali Medici in congedo, di complemento e della riserva.

Per qualsiasi informazione in proposito rivolgersi al Direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Roma, oppure al Direttore del Giornale di Medicina Militare, Ministero della Guerra.

Una benemerita della carità cristiana.

Suor Veronica, al secolo Angela Rizzi da Trescorre Balneario delle Suore della Carità della B. Capitanio, è stata festeggiata in questi giorni da autorità e beneficati per il suo cinquantesimo anno di servizio presso l'Istituto che la generosità degli uomini eresse per il ricovero dei dementi della Provincia di Bergamo.

Il prof. Avila.

È tornato in Italia l'insigne scienziato argentino dott. prof. A. Agudo Avila che da pochi mesi n'era partito dopo aver concordato con S. E. Dino Grandi un programma d'intercambio culturale fra le due Nazioni latine.

Il dott. Agudo Avila è presidente del Consiglio superiore d'igiene della Repubblica Argentina ed è, indubbiamente, la personalità che più fervidamente propugna e prepara sempre più stretti rapporti spirituali fra il suo ed il nostro Paese.

Egli ha sintetizzato in una felice autodefinizione la propria appassionata ammirazione per i magnifici risultati che scienza e politica assicurano alla nostra salute sociale. Dopo avere ricordati i Maestri italiani che più han contribuito alla sua personalità di scienziato, ha detto di essere « un figlio intellettuale dell'Italia ».

Ordinanza di Sanità marittima.

Con ordinanza n. 12 le provenienze da Beiruth (Siria) sono sottoposte alle misure profilattiche contro la peste, prescritte dall'Ordinanza di Sanità marittima n. 1 del 12 gennaio 1930.

Provvedimenti vari.

Con Regio Decreto, viene modificato l'art. 21 dello statuto dell'Ente antimalarico delle Venezie approvato con R. D. 9 gennaio 1927, n. 35; il patrimonio del Monte di Pietà di Pieve di Sacco viene trasferito a favore della Congregazione di Carità del luogo, con l'obbligo di erogare le rendite annue del patrimonio stesso per scopi elemosinieri; viene approvato il nuovo statuto dell'Associazione padovana contro la tubercolosi « Raggio di sole » con sede in Padova.

Posti di soccorso stradali.

L'Amministrazione provinciale di Roma ha fatto attrezzare per l'assistenza alle persone ed agli autoveicoli le case cantoniere lungo le strade maggiormente battute dal traffico: a tale scopo esse sono state fornite di un completo armadio farmaceutico e di pezzi di ricambio.

Pletora di medici in Svizzera.

Nel 1889 esistevano in Svizzera 1530 medici su 2.900.000 abitanti. Nel 1908 il loro numero si era elevato a 2230; ma il numero degli abitanti era aumentato in misura proporzionale, a 3.650.000. Nel 1926 il numero dei medici raggiunse 3100 su 3.900.000 abitanti, per modo che si è stabilita una forte eccedenza di medici. L'Associazione Svizzera dei Medici ha, pertanto, richiamato l'attenzione dei giovani — mediante la stampa quotidiana — sui pericoli che essi corrono a scegliere di studi di medicina.

Si è spento a Milano il prof. ANNIBALE BERTAZZOLI, distinto ginecologo.

Il compianto uomo era nativo di Pontevico (Brescia) e si era laureato a 25 anni a Pavia. Ottenuto il dottorato, conseguiva un ambitissimo premio: quello di Vittorio Emanuele per un posto di perfezionamento — ed ancor giovanissimo fu aiuto nelle Università di Parma e Genova. A Milano divenne aiuto — e tale rimase per molti anni — del senatore Porro. Ebbe alla Maternità, dall'illustre maestro, l'incarico dell'insegnamento alle allieve levatrici. Quindi ottenne per esami la libera docenza presso l'Università di Parma ed occupò per dieci anni il posto di medico primario specialista presso l'Ospedale Maggiore.

Uomo di scienza, cultore profondo delle sue materie, pubblicò dotti lavori nel campo ostetrico-ginecologico. Pubblicò e diresse anche un bollettino « La pratica ostetrica-ginecologica » per la divulgazione degli studi, delle scoperte, ecc., nel difficile e delicato ramo della scienza ostetrica.

Il dott. Bertazzoli non limitò l'attività alla sola scienza, ma comprendendo gli altri bisogni di carattere sociale diede la mente e l'autorità del nome all'Associazione Milanese contro la tubercolosi, della quale fu presidente per molti anni; fu presidente di uno dei primi patronati scolastici della città, della Sezione Milanese della società Italiana delle evatrici.

Partecipò anche alla vita pubblica, come consigliere e assessore comunale. Fu tra i primi democratici che entusiasticamente aderirono sin dall'inizio al Partito fascista, e fu socio fondatore e primo presidente del Gruppo rionale Baracca.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 8 Settembre 1930 Num. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riuniti di Firenze.

I TURNO CHIRURGICO
diretto dal Prof. OSCAR MARCHETTI.

Pancreatite acuta.

(Contributo clinico e anatomo-patologico)

per il dott. GIUSEPPE LUCCHESE, aiuto.

Tra le sindromi addominali acute quella dipendente da una alterazione del pancreas, vogliamo dire da una pancreatite acuta, non è tuttora delle più conosciute, specialmente dal medico pratico.

Ciò dipende dal fatto che la malattia è relativamente rara e che quando essa insorge i suoi sintomi non sono nulla affatto caratteristici. Nella maggioranza dei casi infatti la diagnosi esatta non solo non viene posta ma neanche sospettata.

E, d'altra parte, tali malati molto giovandosi d'un intervento chirurgico praticato tempestivamente, noi crediamo utile richiamare su questo argomento l'attenzione dei medici, in special modo dei medici pratici, acciocchè in presenza di una sindrome addominale acuta tengano presente allo spirito l'eventualità di una pancreatite acuta.

Oltre che da queste ragioni d'indole pratica siamo stati indotti a descrivere questo caso di pancreatite acuta, recentemente caduto sotto la nostra osservazione, da altre considerazioni quali l'età giovanile del paziente, contando egli poco più di 20 anni, lo speciale reperto anatomo-patologico riscontrato all'atto operativo, la difficile interpetrazione etio-patogenetica.

M. Emilio, anni 21, facchino, da Firenze. Padre morto a 45 anni per polmonite doppia. La madre è vivente. Conta 59 anni; è sofferente per malattia di cuore, ed ha disturbi a carico dello stomaco. Essa ha avuto sette figli ed un aborto. Dei figli è vivente solo quello di cui ci occupiamo. Gli altri sei sono morti: quattro maschi e due femmine. Dei maschi due sono morti di tbc. polmonare rispettivamente a 30 e a 26 anni; mentre gli altri due sono morti in tenera età di malattia non precisabile. Delle femmine una è morta a 17 anni, l'altra a soli 4 anni, tutt'e due di malattia imprecisabile.

Il paziente è nato a termine ed ha avuto allattamento materno. Nella prima infanzia ha sofferto di morbillo prima, di gastroenterite poi, a

5 anni. A nove anni, in seguito a forti dolori addominali, ha emesso col vomito numerosissimi vermi intestinali (ascaridi) da riempirne, a detta del paziente, due vasi. Rimonta pure a quell'età l'insorgenza di un'affezione a carico dell'orecchio di sinistra con secrezione purulenta abbondante e per cui poi a 11 anni ha subìto un intervento chirurgico.

A 19 anni, nel 1927, in pieno benessere, di sera, dopo avere smesso di lavorare, veniva colto da dolori all'epigastrio con vomito e senso di freddo diffuso per tutto il corpo. Prese una purga, però senza alcun effetto; ne prese allora un'altra seguita questa volta da abbondanti scariche alvine. I dolori all'epigastrio durati durante tutta la notte, erano la mattina seguente scomparsi. Però per qualche giorno ebbe febbre modica (38).

Dopo un anno, nel 1928, durante il servizio militare, è stato ancora colto da dolori addominali, questa volta localizzati più specialmente verso l'ipocondrio di destra. Tali dolori accompagnati da conati di vomito, vertigini, lipotimia, sono durati alcune ore. Non hanno lasciato postumi.

Il 3 dicembre 1929, la sera verso le ore 17, in perfetto benessere, mentre attendeva al suo lavoro trasportando sulle spalle delle casse piuttosto pesanti, ha cominciato ad avvertire un dolore diffuso in corrispondenza dell'epigastrio, irradiantesi al dorso ed alla spalla destra. Esso è aumentato a poco a poco di intensità ma non è divenuto tanto forte da non permettergli di continuare il suo lavoro. Tale dolore era accompagnato da senso di nausea, conati di vomito, nonchè da sensazione di freddo per tutto il corpo, e da marcato pallore del volto.

Dopo circa un'ora, smesso di lavorare e tornato a casa, sempre con i disturbi ora detti, prende una purga oleosa: questa è seguita da due scariche alvine però non abbondanti. Continuando il dolore all'epigastrio il paziente fa delle applicazioni calde locali. Dopo di che il dolore si attenua per scomparire quasi del tutto, dopo alcune ore, tanto che il paziente può prendere sonno. Ma durante la notte, e precisamente alle ore tre, improvvisamente si sveglia in preda ad un dolore violento sempre in corrispondenza dell'epigastrio, con irradiazioni al dorso ed alla spalla destra. L'intensità del dolore è molto forte tanto da strappare al paziente delle grida. Ha vomito prima alimentare poi biliare e a nulla giovano le applicazioni calde. Il dolore persistendo invariato, dopo alcune ore, il paziente si decide a chiedere ricovero in Ospedale.

Noi lo osserviamo la mattina del 4 dicembre alle ore otto.

Esame obbiettivo. — Individuo di costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione scadente. Masse muscolari poco sviluppate.

Naso a sella. Otite media purulenta a sinistra. Il sensorio è integro. Decubito laterale: il p. decombe sul lato destro con le cosce flesse sul bacino e le gambe flesse sulle cosce.

Aspetto sofferente. Lineamenti del volto stirati, occhi incavati. Colpisce l'estremo pallore del viso e delle estremità. Il colorito pallido tende al cianotico specialmente in corrispondenza degli arti inferiori. Questi, oltre ad avere aspetto marcatamente cianotico sono molto freddi. Respiro prevalentemente toracico. Polso molto frequente (150) piccolissimo; ad intervalli non si riesce a percepire la radiale.

Gli organi respiratori sono integri. Cuore nei limiti normali; i toni cardiaci sono deboli.

Addome: coll'ispezione si può rilevare una quasi completa immobilità della parete addominale durante gli atti respiratori. Il ventre si presenta incavato con accentuata contrazione di difesa dei retti addominali.

La palpazione riesce poco agevole. Tuttavia, con appropriate manovre, si riesce a stabilire il punto di massima dolorabilità in corrispondenza dell'epigastrio e precisamente in corrispondenza del punto medio della linea xifo-ombelicale. Man mano che ci si allontana dalla suddetta zona il dolore alla pressione diminuisce, ma con minore intensità è presente su tutti i quadranti dell'addome.

Si riscontra dolore alla pressione anche in corrispondenza dell'angolo inferiore della scapola destra. Gli organi ipocondriaci, fegato e milza, per quello che si può apprezzare dalla percussione, hanno limiti pressochè normali. Ottusità epatica conservata.

Non segni di versamento libero nell'addome.

L'esame delle urine è stato negativo per la ricerca dell'albumina e dello zucchero. Non presenza di urobilina e di pigmenti biliari.

Negativo l'esame del sedimento.

Wassermann negativa. Glicemia 1,10 ‰.

In presenza di questa sindrome addominale insorta in pieno benessere, con fatti generali molto gravi, abbiamo cercato, coll'aiuto dei dati anamnestici e col vagliare il complesso dei sintomi presentati dal malato, di risolvere l'importante quesito diagnostico.

Diciamo subito che dopo un primo accurato esame del paziente siamo venuti nel convincimento di trovarci di fronte ad uno di quei casi di affezione addominale che gli Inglesi chiamano, con frase molto espressiva, « addome acuto » ed in cui l'intervento chirurgico d'urgenza ha quasi sempre la sua indicazione.

Ma, ci siamo domandati: quale precisamente l'organo leso? e quale la lesione di questo organo?

Si poteva agevolmente escludere un'appendicite acuta perforativa per la sede del dolore alla pressione. Difatti sappiamo che l'appendicite può certamente esordire con dolore all'epigastrio e difesa addominale diffusa, però, con pazienti, delicate manovre, si riesce sempre a localizzare il massimo del dolore alla pressione in corrispondenza della zona appendicolare.

L'ipotesi di un'occlusione intestinale (volvolo, strozzamento interno, ecc.) poteva senz'altro essere esclusa. Il nostro paziente aveva avuto due scariche alvine in seguito alla somministrazione di un purgante.

Non era poi da pensare a fenomeni riflessi addominali per semplici coliche renali od anche epatiche. L'assenza di ogni disturbo a carico della sfera urinaria faceva escludere le prime. I gravi sintomi generali poi non potevano essere attribuiti a delle semplici coliche epatiche. Si poteva ad ogni modo pensare all'eventualità di una lesione perforativa delle vie biliari. Ma stava con-

tro questa ipotesi l'assenza d'itterizia e la mancanza di elementi della bile nelle urine. Certo elementi, specialmente questi ultimi, di valore non assoluto ma che avevano la loro importanza uniti al fatto che la massima dolorabilità alla pressione non corrispondeva sul punto cistico ma sul punto di mezzo della linea xifo-ombelicale.

Rimaneva ancora da considerare l'ipotesi d'una perforazione d'ulcera gastrica o duodenale, ed tomo di Gobier) a cui tutti gli Autori annettono grande valore per la diagnosi di pancreatite, faceva nel nostro caso difetto, o per lo meno non era apprezzabile data la contrazione dei retti; ma d'altra parte a rendere non del tutto chiara e sicura la diagnosi di perforazione gastro-duodenale v'erano dei fatti non certamente trascurabili. E primo fra questi v'era il fatto che il paziente dopo l'inizio del dolore aveva potuto prendere una purga seguita da due scariche alvine dopo

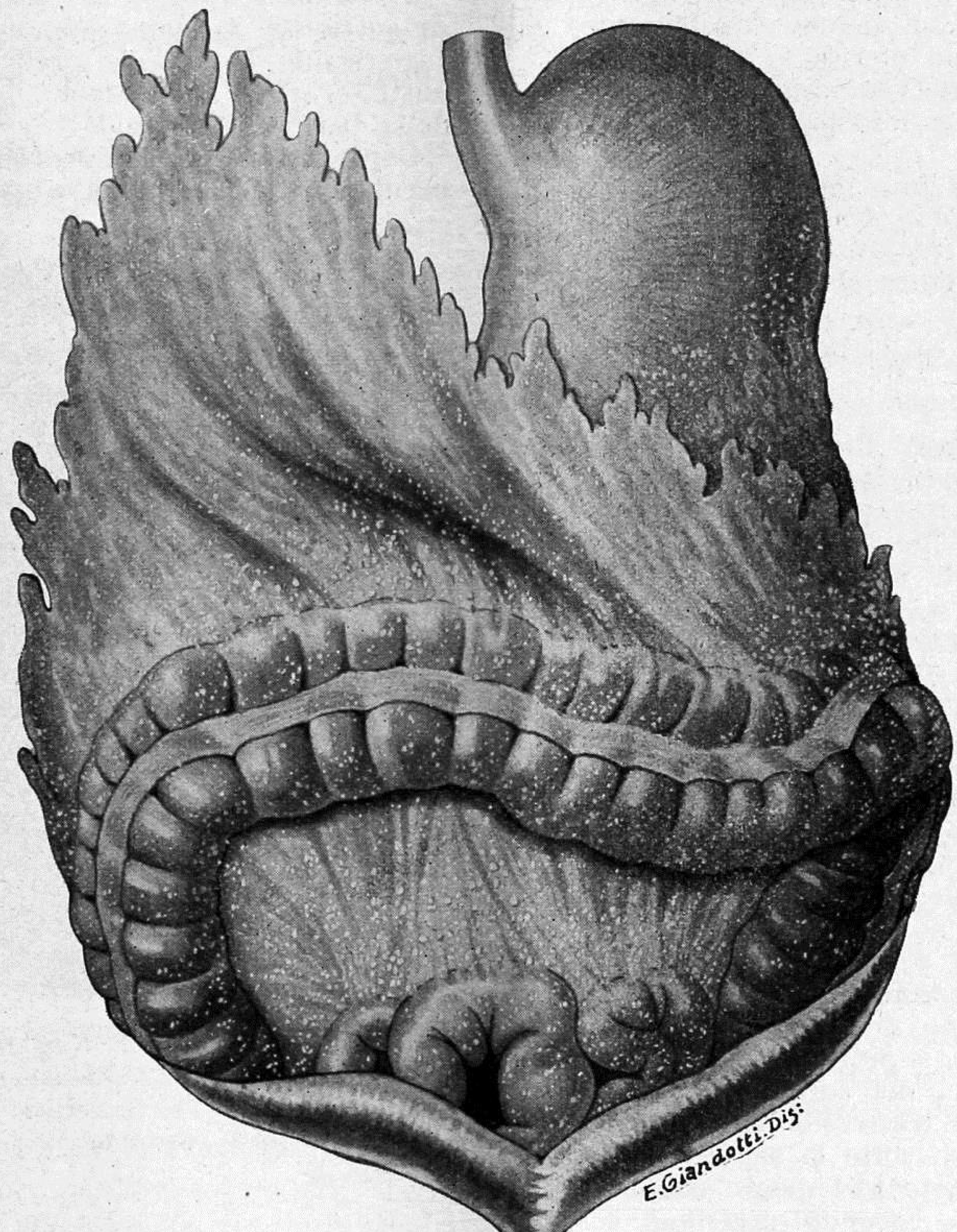


FIG. 1. — Gli organi della parte alta dell'addome sono sede di innumerevoli macchioline biancastre dovute alla necrosi del grasso. Le alterazioni sono più marcate nella zona peripancreatica.

infine quella di una affezione acuta del pancreas e precisamente di una pancreatite emorragica.

Pochi dati decisivi avevamo a nostra disposizione per poterci indirizzare verso l'una di queste due affezioni piuttosto che verso l'altra. La frequenza di gran lunga maggiore della perforazione gastro-duodenale rispetto alla pancreatite acuta ci ha fatto in un primo tempo propendere per la prima di tali eventualità. A favore della perforazione gastro-duodenale avevamo una forte difesa dei muscoli retti che come sappiamo non manca mai in questa affezione, almeno durante il primo periodo.

Il meteorismo localizzato sopra-ombelicale (sin- di che aveva avuto un periodo di tregua durato alcune ore. Un altro fatto da tenersi in considerazione e che stava pure contro una perforazione gastro-duodenale era la adinamia profonda del paziente e specialmente le gravi condizioni del polso. È noto che il polso dei perforati, superato il primissimo periodo dello schoc, è generalmente valido, ampio, sostenuto. Cambia quando intervengono i primi sintomi della peritonite.

Sono stati i fatti ora detti, che male si inquadravano colla sindrome perforativa gastro-duodenale, e a cui bisognava aggiungere la cianosi marcata del volto e delle estremità, che ci han-

no lasciato perplessi nell'ammettere senz'altro una perforazione gastro-duodenale, facendoci invece propendere per una probabile lesione acuta del pancreas e precisamente per una pancreatite acuta.

In ogni caso l'intervento operativo costituiva sempre un'indicazione d'urgenza.

Atto operativo. — L'intervento operativo eseguito la mattina del 4 dicembre alle ore 10, cioè dopo poche ore dall'ingresso del paziente in Ospedale, è stato iniziato con anestesia locale novocainica, sussidiata, perchè insufficiente, dalla anestesia generale eterica.

Incisione mediana xifo-ombelicale. Aperto il peritoneo si procede all'ispezione degli organi endo-addominali.

Notiamo anzitutto una modica distensione dello stomaco e del colon trasverso.

Un'accurata, per quanto rapida ispezione dello stomaco e del duodeno, ci mostra l'integrità di questi organi.

Il piloro è pervio nè si notano fatti aderenziali peripilorici.

Nulla all'appendice.

Il fegato non appare ingrandito. La cistifellea però si mostra repleta, tesa. Le sue pareti sono un po' iniettate, arrossate; ma d'altra parte appaiono lisce e morbide. Colla palpazione non si apprezzano calcoli nè in corrispondenza della cistifellea nè in corrispondenza dei grandi dotti biliari. Durante queste manovre la nostra attenzione viene attratta da caratteristiche alterazioni aventi sede nella parte alta dell'addome e specialmente nelle vicinanze del pancreas. Andiamo ad esaminarle più da presso.

Queste alterazioni sono costituite da macchie bianco-giallastre, di grandezza variabile essendo alcune grandi quanto una lenticchia, altre di dimensioni più piccole, e di cui alcune hanno i contorni rotondeggianti, altre invece alquanto angolosi.

Tali macchie che sono estese sul grande epiploon, sul mesocolon trasverso, sul legamento gastrocolico, e sulla superficie delle anse del tenue della parte alta dell'addome, nonchè sulla superficie del colon trasverso, hanno l'aspetto di tanti corpiccioli posti sotto la sierosa peritoneale, immersi in un tessuto fortemente edematoso, di colorito verdognolo. Facendo pressione col dito sulla superficie sierosa si vedono questi corpicciuoli bianchi spostarsi eccentricamente e fare corona attorno al punto in cui s'è affondato il dito. Si ha l'impressione di tante pallottoline di grasso in disfacimento quasi sospesi e nuotanti fra mezzo ad un tessuto divenuto molto lasso per la forte imbibizione. Queste alterazioni sono più marcate man mano che ci si avvicina al pancreas. La base del mesocolon trasverso costituisce la zona dove esse hanno il loro massimo di intensità (fig. 1).

Non essendovi alcun dubbio che quelle da noi constatate fossero alterazioni del grasso (citosteatonecrosi) imputabili ad una affezione della ghiandola pancreatica, abbiamo voluto meglio esaminare, attraverso un'apertura praticata sul legamento gastro-colico, le condizioni del pancreas. Ispezioniamo così la retrocavità degli epiploon dove troviamo le identiche alterazioni a carico del grasso, con la identica imbibizione dei tessuti. Anche qui le alterazioni sono più intense in vicinanza del pancreas.

Il tessuto peripancreatico è fortemente edematoso cosparso di macchioline bianco-giallastre. A causa dell'edema cospicuo i contorni della ghiandola non sono apprezzabili. Non si notano segni di emorragia nè sul pancreas nè sui tessuti viciniori.

In corrispondenza della base d'impianto del mesocolon trasverso pratichiamo una piccola incisione ed asportiamo un piccolo frammento che ci servirà per l'esame microscopico.

Poniamo a ridosso del pancreas un drenaggio di garza che facciamo affiorare alla superficie attraversando la breccia praticata sul legamento gastro-colico. Pratichiamo la chiusura parziale della parete addominale.

Dopo l'atto operativo le condizioni del paziente permangono gravi ancora per due giorni con

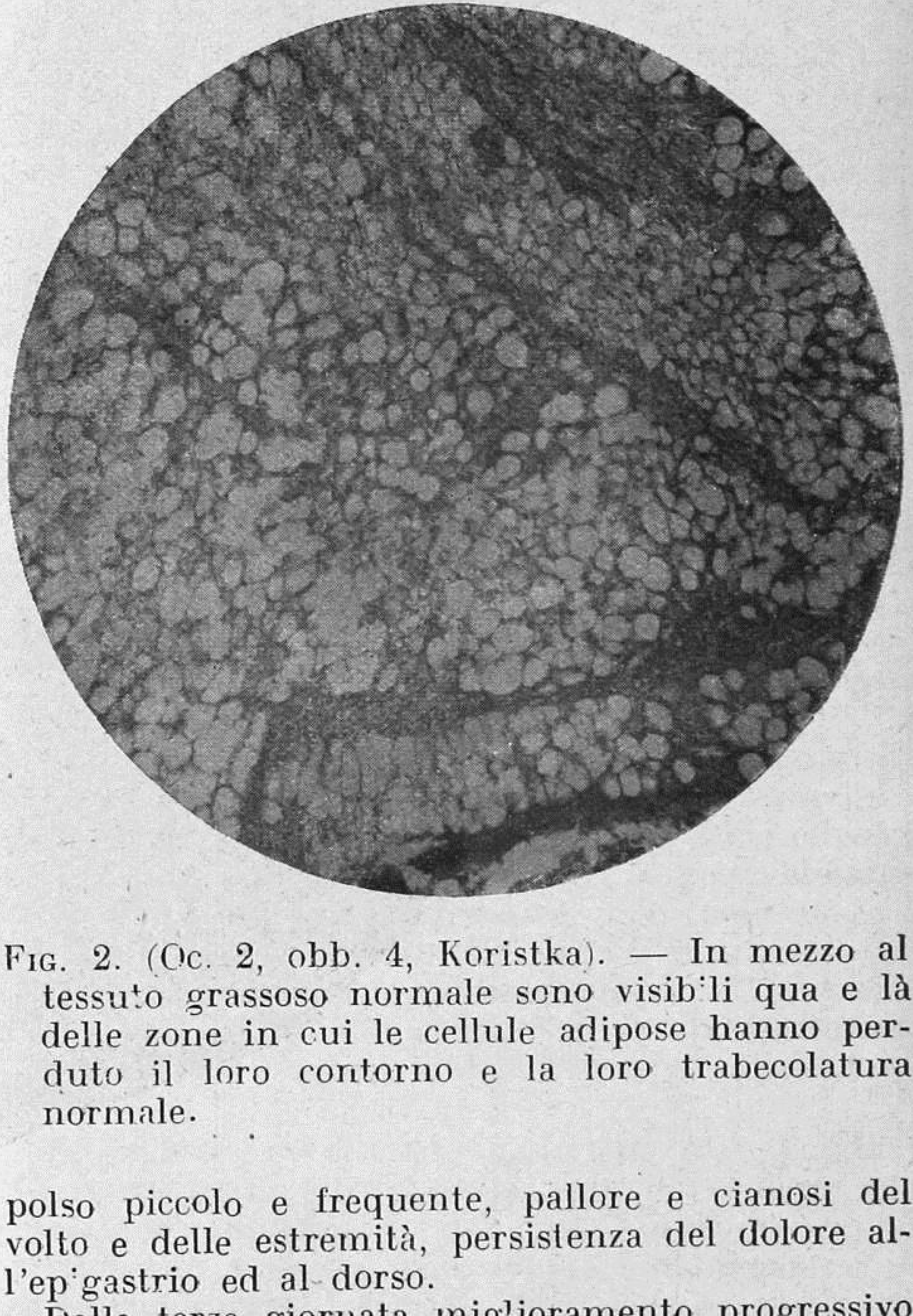


FIG. 2. (Oc. 2, obb. 4, Koristka). — In mezzo al tessuto grassoso normale sono visibili qua e là delle zone in cui le cellule adipose hanno perduto il loro contorno e la loro trabecolatura normale.

polso piccolo e frequente, pallore e cianosi del volto e delle estremità, persistenza del dolore all'epigastrio ed al dorso.

Dalla terza giornata miglioramento progressivo delle condizioni generali con diminuzione dei dolori addominali.

Il drenaggio viene mobilizzato un poco in quarta giornata. Si ha fuoriuscita di pochi cmc. di pus piuttosto denso senza caratteri particolari. Durante la prima settimana modico rialzo termico che raggiunge i 38 C. per solo due giorni, indi la temperatura ritorna alla norma.

Il drenaggio viene tolto del tutto al 20° giorno. Si ha quindi, dopo qualche altro giorno, la chiusura della parete addominale ed il paziente può essere dimesso dall'Ospedale in trentacinquesima giornata completamente guarito.

Esame istologico. — L'esame microscopico del frammento asportato (fig. 2) fà rilevare, in mezzo a tessuto adiposo normalmente costituito, delle zone in cui le cellule grassose presentano interruzione ed anche scomparsa della loro trabeco-

latura normale. In molte cellule non è più apprezzabile alcun contorno.

Inoltre il tessuto adiposo in esame appare solcato da fasci connettivali attorno ai quali sono visibili elementi di reazione istiocitaria in discreto numero.

Qua e là si osservano elementi di reazione provenienti dalla proliferazione delle cellule adipose.

La sierosa non presenta alterazioni degne di nota.

Il caso da noi esposto si presta ad alcuni rilievi interessanti su cui ci sia lecito richiamare qui l'attenzione.

Da notare anzitutto l'età molto giovane del paziente, avendo esso poco più di 20 anni. Tale età non è certo concorde con le statistiche generalmente date dagli Autori, specialmente trattandosi di un uomo. Difatti tutti gli Autori sono concordi nel dire che quasi sempre la pancreatite acuta colpisce individui tra i 30 e i 40 anni, per lo più obesi.

Grant (1928), riportando 12 casi di pancreatite emorragica appartenenti due ad uomini rispettivamente di 55 e 65 anni, dieci a donne di 20, 22, 25, 26, 29, 32, 33, 54, 62 e 63 anni, osserva che nei suoi casi, mentre le età degli uomini sono in accordo colle statistiche generali, quelle delle donne indicano una proporzione notevole di donne molto giovani.

D'altra parte è vero che non mancano osservazioni in cui la pancreatite acuta è stata riscontrata in uomini molto giovani.

Cito fra queste quella del Coen (1929). Questo Autore descrive un caso di pancreatite emorragica grave riscontrata in un giovane di 16 anni in cui l'intervento ha fatto vedere notevoli alterazioni del pancreas con un vasto ematoma della retrocavità degli epiploon.

Ed ancora, a dimostrare che l'età in questa affezione non abbia un valore assoluto, si cita il caso di Herzog riguardante una bambina di 2 anni che, morta in seguito ad una affezione addominale acuta non diagnosticata, alla autopsia è stata trovata una pancreatite emorragica con steatonecrosi.

Ad ogni modo bisogna però ammettere che sono sempre casi abbastanza rari.

Di pancreatiti emorragiche riscontrate in fanciulli Holzmann, citato da Herzog, nel 1927 ne ha potuto mettere insieme solo 10 casi.

E' ancora da segnalare nel nostro caso lo stato generale del paziente: individuo non grasso od obeso, ma magro e denutrito, contrariamente a quanto avviene nella grandissima maggioranza dei casi.

Kerschner, su uno studio fatto recentemente (1929), su 41 casi di pancreatite emorragica, mette in rilievo che nella grande maggioranza si è trattato di individui grassi o addirittura obesi, grandi mangiatori. In essi la pancreatite è insorta quasi sempre dopo un pasto abbondante.

E della stessa opinione sono in generale gli altri Autori.

Per ciò che riguarda la diagnosi, come generalmente avviene in questa affezione, anche nel nostro caso essa ha presentato notevoli difficoltà. Ne abbiamo parlato riferendo del caso clinico.

Siamo arrivati alla diagnosi (solo di probabilità) di pancreatite acuta, più per esclusione che per i sintomi propri a questa malattia. Ciò non reca alcuna meraviglia perchè sappiamo che il più delle volte la diagnosi di pancreatite acuta non viene fatta.

Il Kerschner fa notare che nei 41 casi da lui riportati solo 17 volte era stata posta diagnosi di pancreatite acuta, mentre 8 volte era stata fatta diagnosi di colecistite, 8 volte di ileo, 5 volte di perforazione d'ulcera, 5 volte di peritonite d'origine indeterminata.

In genere fa d'uopo contentarsi d'una diagnosi di probabilità.

In tutti i casi di dubbia diagnosi si è d'accordo nel consigliare l'intervento chirurgico. E questo va consigliato, secondo noi, non solo per il timore che una pancreatite acuta possa rimanere misconosciuta e quindi non operata, ma anche, e soprattutto, per l'eventualità che possa trattarsi di qualche altra affezione pure essa grave, anzi più grave, come, per esempio, una perforazione d'ulcera gastrica o duodenale, una colecistite con perforazione o una peritonite acuta d'altra natura.

Difatti in questi ultimi casi l'indicazione ad un intervento è più assoluta che nella pancreatite.

Nel nostro caso l'incertezza della diagnosi di pancreatite ed il sospetto che potesse trattarsi di una perforazione gastrica ci hanno subito fatto decidere per l'intervento.

A riguardo dell'intervento operativo nelle pancreatiti acute si pensava, fino a poco tempo fa, che l'unica via di salvezza consistesse nella laparotomia praticata al più presto possibile, seguìta dal tamponamento del pancreas e dal drenaggio. Certamente questo è vero per i casi molto gravi con estesa necrosi del pancreas e cospicui fatti emorragici ed in cui le condizioni generali dell'ammalato divengono rapidamente allarmanti. In questa evenienza si è tutti concordi nel dire che bisogna sempre intervenire al più presto. Ma, al di fuori di questi casi, c'è, da parte di alcuni Autori, la tendenza a limitare questi interventi d'urgenza seguendo una tattica temporeggiatrice.

Il Walzel, che si fa sostenitore di questa

condotta, la appoggia con alcuni dati statistici di certo valore. Questo Autore, su 40 casi da lui studiati, accusa una mortalità del 66 per cento in tutti quei casi in cui l'intervento è stato il più precoce possibile. In 9 casi in cui la diagnosi di pancreatite era certa e che non sono stati operati si sono avuti tre morti; due malati hanno avuto in seguito una pseudocisti del pancreas di cui sono stati operati con successo; gli altri quattro sono stati operati tardivamente di colecistectomia, ed in tutti i casi si sono trovate tracce di steatonecrosi antica.

Il Walzel critica, a questo proposito, la statistica di Schmieden che dà il 76 % di guarigioni nei casi operati precocemente. Dice che lo Schmieden ha ottenuto questi buoni risultati non già per dei casi di pancreatite emorragica con steatonecrosi ed emorragia, ma semplicemente per dei casi nei quali esisteva solo un edema del pancreas.

Polya appoggia le idee di Walzel, ed egli è d'opinione che nei casi di pancreatite emorragica con uno stato generale ben conservato è preferibile temporeggiare: i malati possono guarire spontaneamente ed è preferibile di operare in un secondo periodo nello stadio di collezione incistata.

Contro questo modo di vedere si leva Kerschner, il quale reclama sempre l'intervento d'urgenza.

Doberauer è egualmente interventista, così come lo sono molti altri Autori.

Andremmo al di là dei limiti imposti se volessimo addentrarci nella discussione di questo problema, in cui i pareri sono ancora discordi; discordanza dovuta probabilmente alle diverse condizioni di osservazione in cui si son trovati i vari Autori.

Noi personalmente siamo d'avviso che in generale conviene intervenire anche per il fatto che la diagnosi quasi mai si può porre con assoluta certezza. E nell'incertezza è bene intervenire.

Veniamo ora al reperto anatomo-patologico presentato dal nostro caso.

L'atto operativo mette in evidenza alterazioni del tessuto grassoso in corrispondenza della parte alta dell'addome, specialmente nella zona circostante al pancreas, con edema egualmente marcato e diffuso. Ne abbiamo parlato riferendo dell'atto operativo. Qui insistiamo sul fatto che non siamo riusciti ad apprezzare emorragie di sorta nè grandi nè piccole, nè in corrispondenza del pancreas nè altrove.

Se ci fosse dato di così esprimerci diremmo di trovarci di fronte ad un caso di *pancreatite emorragica senza emorragia*. Epperò noi parliamo più volentieri di pancreatite acuta in genere. Questa assenza di fenomeni emorragici, mentre non fa difetto la necrosi del grasso, ci porta ad ammettere che quelle sostanze o corpi, quali essi siano (fermenti, kinasi, ecc.), che hanno agito sul tessuto grassoso provocandone la necrosi, non hanno avuto invece alcun potere sugli elementi vasali. Non è improbabile che nelle pancreatiti entrino in gioco sostanze differenti di cui alcune hanno un potere distruttivo sul tessuto grasso, mentre altre lo hanno sulle pareti dei vasi. Altrimenti non sapremmo spiegare le alterazioni cospicue del grasso senza la benchè minima alterazione dei vasi (necrosi pura).

Questo modo di vedere sarebbe convalidato da quanto alcuni Autori hanno osservato. Difatti Kerschner ha potuto constatare casi di pancreatite acuta con semplice edema, senza necrosi e senza emorragia (10 %), casi con necrosi senza emorragia (7 %) e casi infine, la maggior parte, con necrosi ed emorragia (87 per cento).

In un caso operato da Grant in cui erano presenti piccoli calcoli nel coledoco non si osservavano sintomi di interessamento del pancreas. All'autopsia fatta 2 giorni dopo vennero scoperti necrosi grassa attorno al pancreas e muco-pus nel condotto di Wirsung.

A questo proposito è importante stabilire se l'edema costituisca lo stadio iniziale della pancreatite emorragica.

Walzel ammette che l'edema del pancreas si riscontra spesso nel corso di colecistiti acute. Quest'edema, secondo Walzel, non deve considerarsi come lo stadio iniziale della pancreatite emorragica. E per questa ragione lui è di avviso con il Polya che spesso si fa l'interesse degli ammalati nel temporeggiare l'intervento, perchè essi guarirebbero spontaneamente.

Come spiegare d'altra parte i casi in cui insieme all'edema si hanno fatti di necrosi del pancreas e del grasso degli organi circonvicini? Come non pensare che questi casi non abbiano avuto il loro inizio in un semplice edema cui si siano aggiunti i fatti di necrosi?

Noi pensiamo che probabilmente in questo ultimo modo si siano svolti i fatti nel nostro paziente dove, pur nell'assenza di un fatto emorragico, marcati erano e l'edema e la necrosi grassa.

Per il Verdozzi « la lesione iniziale e fondamentale è la necrosi del tessuto adiposo « interstiziale del pancreas, da cui poi il processo si diffonde al parenchima e ai vasi circostanti; dalla necrosi delle pareti vasali, che « decorre senza una contemporanea trombosi, « sorgono le gravi emorragie interstiziali. I pic-

« coli focolai di necrosi adiposa dell'omento « presentano gli stessi caratteri istologici ».

Ne consegue quindi, secondo il nostro modo di vedere, che anche i casi in cui in un primo tempo non vi ha che semplice edema, o piccoli focolai di necrosi grassa, non vanno essi esenti da una ulteriore evoluzione verso lesioni più estese e più gravi. Per cui è sempre bene che essi vengano trattati con un tempestivo ed appropriato intervento chirurgico.

Vogliamo da ultimo accennare al fattore etiologico che invero non è ben chiaro nel nostro paziente.

Solo in via probativa possiamo ammettere che anche qui, come nella grande maggioranza dei casi, la sindrome pancreatica sia stata provocata da una alterazione delle vie biliari. Le precedenti coliche sofferte dal paziente qualche anno prima andrebbero riferite ad una affezione epatica.

Nell'edema verdognolo riscontrato all'atto operativo erano facilmente riconoscibili i pigmenti della bile.

Però l'esame da noi praticato durante l'intervento non ci ha mostrato calcoli in corrispondenza della cistifellea e delle grandi vie biliari, calcoli almeno apprezzabili colla palpazione.

L'esplorazione ha messo in evidenza solo una vescichetta biliare repleta, tesa e con pareti arrossate, con i segni insomma di uno stato infiammatorio.

E d'altra parte fanno difetto altre cause a cui potere attribuire lo scatenarsi della sindrome. Manca l'obesità, l'alcoolismo. Non s'è riusciti a dimostrare la sifilide. Non tubercolosi. Il paziente ha sofferto di vermi intestinali ma parecchi anni avanti, ed ora non ha disturbi riferibili alla presenza di essi. L'esame delle feci non dà uova di ascaridi nè d'altri parassiti.

L'ascaridiosi è pure fra le cause che possono provocare la pancreatite, e l'Andler ne ha pubblicato un caso (1928). Abbiamo, ancora, mancanza in atto di intossicazioni e di infezioni in genere. Non v'è presenza di ulcera gastrica o duodenale a cui viene spesso attribuita l'insorgenza della pancreatite. E l'assenza infine di febbre nei giorni immediatamente precedenti all'attacco ci fanno escludere ogni rapporto con una forma infettiva acuta.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di pancreatite acuta in un giovane di 21 anni, trattato col tamponamento e drenaggio, seguìto da successo.

Fa rilevare la giovane età del paziente il quale è anche un denutrito.

All'atto operativo: edema del pancreas e dei tessuti circostanti; diffusa necrosi del grasso (citosteatonecrosi). Assenza di fatti emorragici.

Discutendo il problema della terapia l'A. si dichiara in linea di massima favorevole all'intervento.

L'osservazione è corredata da una figura riproducente le alterazioni riscontrate all'atto operativo, oltre che da una microfotografia che mostra la necrosi del grasso.

BIBLIOGRAFIA.

ANDLER. *Pancreatite acuta e ascaridiosi.* Brun's Beitr. f. Klin. Chir., n. 3, 1928.

CHAVANNAZ et GUYOT. In LE DENTU et DELBET. *Nouveau traité de chirurgie.* (Vol. XXVI: *Maladie du pancreas*, pag. 32).

COEN V. *Un caso di pancreatite emorragica in soggetto di 16 anni.* Policlinico, Sez. prat., n. 12, 1929.

DÖBERÄUER. Citato da KERSCHNER.

GEINITZ. *Iperglicemia nella necrosi acuta del pancreas.* Zentr. f. Chir., tome LV, n. 33, 18 août 1928.

GRANT. *Necrosi acuta del pancreas.* Brit. Med. J., 1923.

HERZOG. *Pancreatite acuta emorragica in una bambina di 2 anni.* Münchener Medizinische Wochenschrift, a. LXXVI, n. 5, 1929.

HOLZMANN. Citato da HERZOG.

KERSCHNER. *Della necrosi acuta del pancreas.* Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. CXLVII, n. 1, 1929.

SCHMIEDEN. Citato da WALZEL.

VERDOZZI. VIII Riunione della Società Italiana di Patologia, 1913.

WALZEL. *Diagnosi e trattamento della pancreatite acuta.* Bruns' Beiträge zur Klin. Chir., t. CXLVII, n. 1, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

II Padiglione Chir. al Policlinico Umberto I in Roma.
Primario: Prof. O. MARGARUCCI.

Su di un caso di ectasia gastrica acuta

per il dott. FRANCESCO STIPA,
assistente degli Ospedali Riuniti.

Il caso clinico che siamo per descrivere, se non nuovo nella letteratura, offre nel suo decorso alcune caratteristiche degne di rilievo.

Il primo caso di dilatazione gastrica acuta, a quanto afferma Oeconomos, sarebbe stato pubblicato da Bonnet nel 1674.

Il primo a richiamare l'attenzione sulla possibilità della ectasia acuta gastrica in seguito a compressione del duodeno per mezzo della radice del mesentere unitamente ai suoi vasi fu il Rokitansky nel 1842. Dopo 11 anni si occuparono dell'argomento Muller, Humby, Bamberger, Hescl; in seguito Bennet, Wilks, Brinton. La forma postoperatoria fu segnalata nel 1884 da Morris e Goodhart, poi da Wolf Hirsch e Jessop nel 1888. Lavori di una certa importanza sono da attribuire al Nicaise, Glénard. Se ne occuparono poi Kelynach, Boas, Fraenkel, Schnitzler, il quale preconizzò come terapia il decubito ventrale e seguirono una serie infinita di lavori.

In Italia i primi casi furono pubblicati da Turazza nel 1888; Gangitano ne riferì un caso nel 1903. In seguito comparvero i lavori di Muscatello, Taddei, Arcangeli, Romiti, ecc., a cui bisogna aggiungere le osservazioni inedite di Roncali e quelle di Sfameni, Alessandri, Parlavecchio, Acconci, Minervini.

Il nostro caso riguarda un uomo di anni 72.

G. S., pensionato, con moglie e tre figli viventi e sani. Forte bevitore e fumatore; ha goduto sempre ottima salute; venti anni fa circa, fu operato di ernia inguinale destra. Cinque anni fa fu ricoverato all'Ospedale di Bracciano perchè colto da forti dolori addominali e gonfiore dell'addome in seguito ad abbondante pasto. Sembra che tali disturbi si siano protratti per una ventina di giorni durante i quali gli furono praticati impacchi ghiacciati sull'addome.

Ieri alle 16 in seguito ad abbondante pasto si recò alla stazione per partire ma venne colto improvvisamente da violenti dolori addominali e da vomito; ricondotto a casa i dolori e il vomito si protrassero tutta la notte; l'addome si fece tumido e teso; il paziente emise una sola volta feci, in minima quantità. Persistendo i dolori e il vomito e aggravantisi le condizioni generali, viene ricoverato d'urgenza.

E. O. Condizioni generali gravi; decubito supino; sensorio obnubilato; stato di agitazione. Lineamenti stirati, occhi infossati. Cute e mucose visibili pallide. Lingua fortemente impaniata umida. Stato di nutrizione scaduta.

Polso 100 ritmico teso. Respiro aumentato di frequenza a tipo toracico. Temperatura 37°,5.

Apparato respiratorio: nulla di notevole.

Cuore: nei limiti; azione cardiaca concitata ritmica.

Addome: all'ispezione si nota una tumefazione posta tra l'ombelico e l'epigastrio e in parte estendentesi anche agli ipocondri, allungata leggermente, con grande asse verticale un poco maggiore del trasversale, a limiti abbastanza netti; è pochissimo spostabile coi movimenti respiratori, la cute che la ricopre è normale. I quadranti inferiori e medi dell'addome non mostrano alterazioni visibili all'infuori della già ricordata immobilità respiratoria. La difesa muscolare diffusa su tutti i quadranti non permette di eseguire una palpazione profonda. La percussione sulla tumefazione dà suono timpanico.

Alla laparotomia mediana sopra- e sotto-ombelicale (1) eseguita in anestesia locale appare lo stomaco enormemente dilatato, circa sei volte il suo normale volume, teso; viene esteriorizzato. Si riesce così ad esaminare gli intestini e si nota che tanto il tenue come il colon sono flaccidi. Si localizzano perciò le ricerche nella regione pilorica che si presenta normale. La palpazione del duodeno non dimostra presenza di calcoli o di stenosi sia intrinseche che estrinseche. Ma intanto nelle manovre di sollevamento e abbassamento dello stomaco, una porzione del tenue si è andata riempiendo di contenuto gastrico.

Si ritiene opportuno, tenuto conto delle condizioni del paziente, di praticare una gastro-enterostomia, quale operazione di tecnica rapida e semplice. Pertanto si introduce nello stomaco un grosso trequarti estraendo abbondantissimo liquido torbido, con detrito; chiusa la breccia prodotta da trequarti con regolare sutura a piani si pratica la gastro-enterostomia.

A un esame radioscopico praticato quindici giorni dopo l'intervento, il bario progredisce bene attraverso l'esofago; lo stomaco è sollevato, fisso. Esso presenta in corrispondenza del polo caudale una intaccatura corrispondente alla bocca anastomotica. Lo svuotamento avviene rapidamente attraverso di essa. Nessun ostacolo al successivo svuotamento del digiuno. Il bario dallo stomaco si dirige anche verso l'antico piloro. Dopo sei ore lo stomaco è tutto vuoto. Il bario si rinviene nel cieco e nell'ascendente. Dopo 24 ore si riesce ad esaminare il colon il quale non presenta alterazioni di sorta. Angolo epatico e splenico normali come posizione.

Sul meccanismo della dilatazione gastrica molto hanno discusso gli autori, specialmente riguardo alla questione se l'occlusione segue alla dilatazione o piuttosto la preceda.

Alcuni pensano che il fatto primitivo sia la compressione del duodeno in corrispondenza della sua terza porzione, tra la radice mesenterica, stirata in basso, e l'aorta e colonna ver-

---

(1) L'atto operativo fu compiuto dal prof. Raimoldi, aiuto chirurgo.

tebrale. A questo livello la terza porzione del duodeno sta situata tra le branche di un compasso arterioso chiuso in alto, di cui la branca anteriore è data dalla arteria mesenterica superiore e la branca posteriore dell'aorta. Spesso anzi la mesenterica superiore lascerebbe traccia del suo passaggio sotto forma di solco sulla faccia anteriore del duodeno. Altri ammettono invece che il fatto primitivo sia la dilatazione gastrica, e la compressione duodenale per tensione della radice del mesentere, la conseguenza dello spostamento in basso della massa del tenue in causa della dilatazione e dell'abbassamento dello stomaco.

Braun ammette che vi sia una compressione duodenale arterio-mesenteriale primitiva, con o senza dilatazione gastrica secondaria; ed una compressione duodenale arterio-mesenteriale secondaria, consecutiva all'azione di trazione dello stomaco primitivamente dilatato.

Il primo tipo, secondo Braum, sarebbe molto più raro del secondo e si riscontrerebbe di solito in casi di individui magri, talora cifoscoliotici. In tali casi la massa del tenue vuoto cade nel piccolo bacino e vi rimane come incuneata facendo trazione sulla radice del mesentere.

La completa rapida chiusura del duodeno provocherebbe per via riflessa un'alterazione del tono e della motilità dello stomaco e del duodeno, ed un forte aumento nella secrezione gastro-duodenale, stimolata sopratutto dalla stasi e dalle fermentazioni gastriche.

Più frequente sarebbe la compressione del duodeno, da parte della radice mesenteriale, secondaria a dilatazione gastrica acuta.

Lo stomaco, che va dilatandosi ed occupando grado grado la cavità addominale, tenderebbe a cadere verso la parte bassa dell'addome e in tal modo sospingerebbe l'intestino tenue vuoto nel bacino e là lo tratterrebbe.

Con questo meccanismo però non si avrebbero solo compressioni duodenali da parte della radice mesenteriale nel punto classico (cioè nella terza porzione del duodeno), ma si potrebbero avere anche inginocchiamenti in altri punti del duodeno, nonchè compressioni larghe per il peso dello stomaco e della porzione dilatata del duodeno.

Circa le teorie che cercano di spiegare la dilatazione acuta primitiva dello stomaco, senza entrare nei particolari, ricorderò che per alcuni si tratterebbe di una paralisi gastrica da avvelenamento da anestetico (per i casi postoperatori) — Morris, Von Herrff —; oppure di paralisi gastrica consecutiva a infezioni più o meno manifeste (Reynier, Roitier, Halsted, Chavannaz). Per altri la dilatazione di stomaco sarebbe dovuta a scialo-aerofagia (ossia deglutizione ripetuta di aria e saliva) — Lardennois, Mathieu, Leriche —.

Per altri ancora a iposurrenalismo acuto (Haruzo Kuru, Adolfo Arcangeli). Per Roncali e Bellelli la ragione precipua di questa sindrome dovrebbe ricercarsi in una predisposizione congenita del sistema nervoso (in una labilità speciale del complesso dell'innervazione gastrica e dei centri aventi sede nel sistema nervoso centrale e in quello del simpatico); a fianco del fattore nervoso esisterebbero quali cause concomitanti, fattori tossici di origine esogena o endogena.

Riportandoci al caso nostro e tenuto conto del pasto abbondante consumato poco prima dell'insorgenza della sindrome (tutte e due le volte) si potrebbe pensare che la superingestione di cibo abbia determinata una paresi della muscolatura gastrica. La funzione motoria e secretoria sarebbe stata maggiormente alterata in seguito allo sviluppo enorme di gas e prodotti tossici che il materiale ristagnante avrebbe liberato andando incontro a processi di fermentazione.

Queste cause dunque avrebbero determinato una dilatazione acuta primitiva dello stomaco il quale a sua volta avrebbe chiuso il duodeno col meccanismo sopra ricordato.

A giustificazione dell'operazione eseguita dirò che non fu provato il trattamento medico (svuotamento dello stomaco e lavanda gastrica, trattamento della positura di Schnitzler, giacitura genupettorale alternata con la giacitura ventrale) perchè la diagnosi non fu posta con precisione.

Riconosciute le alterazioni a ventre aperto fra la gastroenterostomia e la duodenodigiunostomia (Petit, 1900; Barker, 1906), fu data la precedenza alla prima per la rapidità della esecuzione, tenuto conto delle gravi condizioni del paziente.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di dilatazione gastrica; si diffonde a parlare sulla etiologia e patogenesi della affezione ed interpreta il suo caso come dovuto ad una probabile paresi per super-ingestione di cibo.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia sull'argomento completa fino al 1925 rimando al lavoro di:

BELLELLI FRANCESCO. *Ectasia acuta gastrica e occlusione duodenale arteromesenterica.* Napoli, Casa Editrice Libraria Vittorio Idelson, 1925.

JOSEPH COLT, BLOODGOOD. *La dilatazione acuta e cronica del duodeno. L'ileo gastromesenterico.* Archivio Italiano di chirurgia, vol. 18 (scritti in onore di R. BASTIANELLI), 1927.

MARGARUCCI e STOPPATO. *Occlusione intestinale.* Relazione alla 32ª Adunanza della Società Italiana di Chirurgia, 1925.

PIERRE DUVAL, JEAN CHARLES ROUX, HENRI BÉCLÈRE. *Études médico radio-chirurgicales sur le duodénum.* Masson et C., éditeurs, Paris, 1924.

DISPENSARIO INFANTILE DI ASCOLI PICENO.

L'insulinoterapia nell'atrepsia della prima infanzia (1).

Dott. DOMENICO AMICI, Pediatra Direttore.

Con i nomi di atrepsia del Parrot — atrofia del Lesage — decomposizione del Finkelstein —, in clinica pediatrica si vuole indicare quello stato morboso caratterizzato da una esagerata denutrizione, da un inarrestabile disfacimento dei tessuti del corpo che conduce ad un vero marasma o cachessia di Nobecourt.

Il dimagrimento è progressivo sino ad arrivare di frequente ad 1/3 del peso originario.

Avviene proprio una decomposizione della sostanza organica, con gravi perdite patologiche dei componenti organici solidi e liquidi. Tale stato morboso accade osservarlo nei bimbi della prima infanzia, e per quanto possa anche osservarsi entro i primi due anni di vita, maggior contributo di osservazioni lo danno sopratutto i bimbi del primo e secondo semestre.

È ben noto il quadro impressionante dell'atrepsico: aspetto senile o di scimmia, la cute di colorito giallo-cereo, floscia, priva assolutamente di adipe e perciò cascante, fontanella depressa, gli occhi scavati profondamente nelle orbite, il volto grinzoso, le guance infossate, le costole rilevate al di sotto della cute del torace, l'addome di solito rigonfio con la cute fortemente assottigliata; i muscoli sono rilasciati o al contrario ipertonici; il bambino grida quasi di continuo (grido di angoscia del Parrot).

Le cause nocive che possono provocare l'atrepsia sono diverse: sopratutto l'alimentazione difettosa e le malattie delle vie digerenti, alcuni stati infettivi specialmente la sifilide e la tubercolosi.

Riguardo la patogenesi alcuni AA. attribuiscono notevole importanza ad alterazioni di alcune ghiandole endocrine dimostrando che la sindrome sia dovuta ad una iperfunzione tiroidea accompagnata da una ipofunzione timica; altri, danno importanza a disturbi vitaminici.

Sta di fatto però che la teoria chimica sia la più dimostrativa, ed abbia chiarito il problema almeno in parte: grave squilibrio del metabolismo cellulare, alterazione dello stato acido-basico, e delle funzioni fissatrici dell'acqua e dei sali, per cui si arriva alla impressionante disidratazione dei tessuti.

Numerosissimi trattamenti sono stati indicati per la cura dell'atrepsia: iniezioni di soluzioni isotoniche, di sieri glucosati, iniezioni di latte di donna, di sangue materno o di siero di cavallo, somministrazione di gocce di alcool per utilizzare la sua azione stimolante; molti AA. hanno indicato cure opoterapiche, iniezioni di adrenalina, irradiazioni di raggi ultravioletti, la somministrazione di estratto secco di placenta umana.

L'insulinoterapia è stata in principio usata dagli Americani, ed in seguito da numerosi sperimentatori di cui parte ne hanno descritto successi, e molti di averne avuto risultati negativi.

In questi ultimi tempi fra le indicazioni extra-diabetiche dell'insulina, la cura dei casi di denutrizione rappresenta uno dei campi d'azione più favorevole.

Sono ben noti gli effetti dell'insulinoterapia osservati da molti sperimentatori nella cura ingrassante: aumento di peso, miglioramento della crasi sanguigna, scomparsa della depressione psichica, aumento dell'attività generale, azione stimolatrice dell'appetito.

Sembra che l'azione dell'insulina si esplichi modificando intimamente il metabolismo cellulare, favorendo sopratutto la ritenzione dell'acqua sui tessuti determinando la diminuzione dell'acidosi e conseguentemente dei corpi acetonici, influenzando quindi l'equilibrio acido-basico, regolarizzando la funzionalità gastrica riportandola spesso verso la norma sia negli ipercloridrici che negli ipocloridrici, esplicando notevole azione vagotonizzante.

Dato che alcuni AA. hanno avuto risultati incoraggianti con la terapia insulinica in bambini in stadi più o meno avanzati di ipotrofia e atrofia infantile, ho voluto provare questo metodo curativo in due casi di atrepsia da me osservati nell'autunno scorso.

CASO I. — F. Caterina, m. 14. Allattamento materno ed accrescimento regolare. Nel mese di agosto venne completato lo svezzamento e dopo pochi giorni la bimba ammalò di gastro-enterite. D'allora si iniziò una continua e progressiva diminuzione di peso e, nella seconda quindicina del mese di settembre, pur notevolmente

---

(1) Comunicazione fatta all'Accademia medico-chirurgica del Piceno il 6 aprile 1930.

migliorando le funzioni intestinali, la bimba non accennava a migliorare nel peso.

Venne alla mia osservazione il giorno 8 ottobre e il suo peso era di kg. 5,350 e presentava l'esatto quadro dell'atrepsia. Limitai dapprima il trattamento curativo nel regolare l'alimenta-

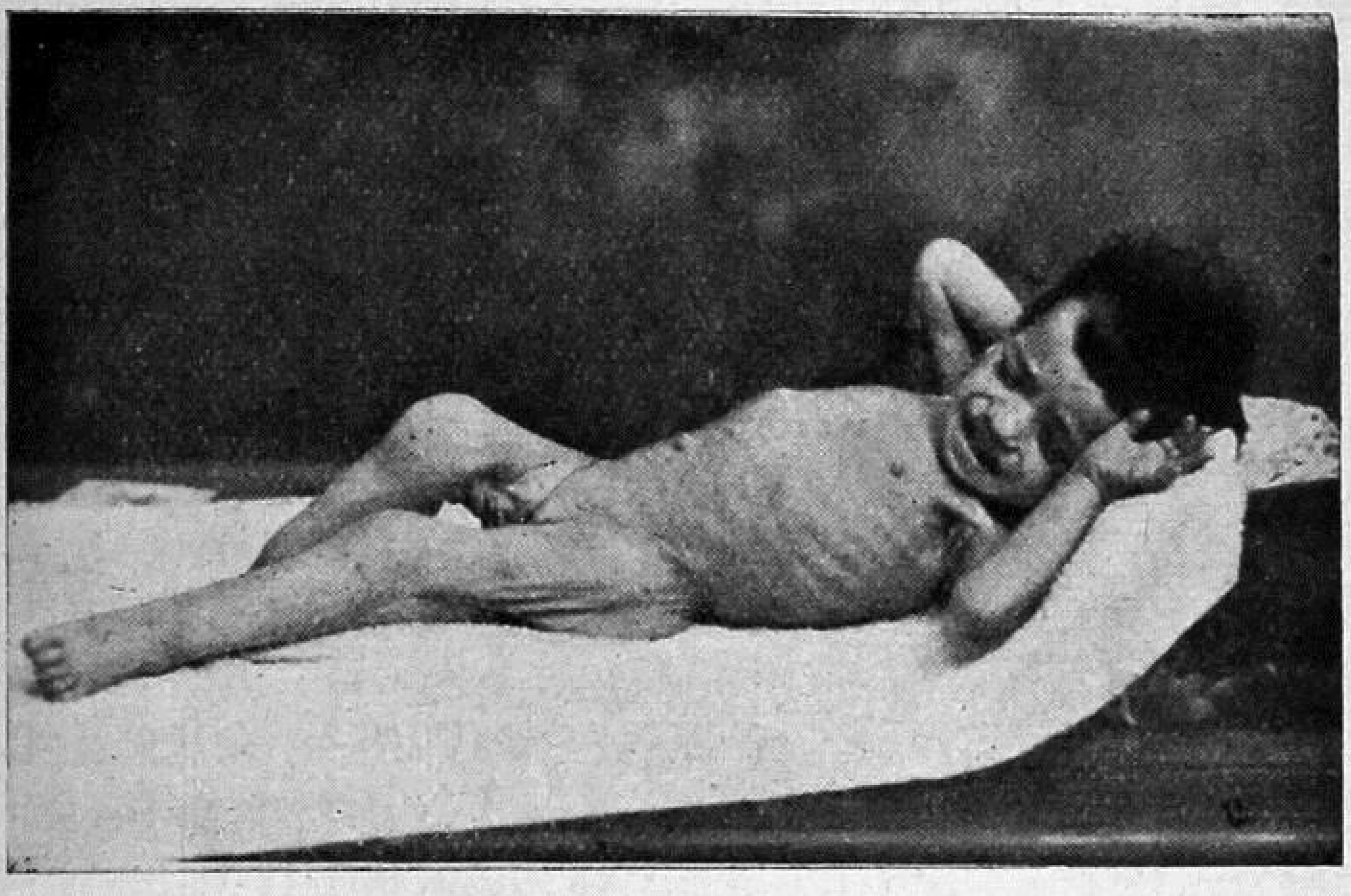


Fig. 1.

zione e persistendo lievi turbe intestinali prescrissi delle farinate al larosan; dopo due giorni le funzioni intestinali potevano considerarsi quasi normali e la bimba consumava i suoi pasti volentieri ed abbondantemente.

Non accennava però ad alcun miglioramento nel peso, ma anzi il giorno 17 ottobre doveva constatarsi ancora una notevole diminuzione: kg. 4,750 (inversione del processo nutritizio del Parrot). Fotogr. n. 1.

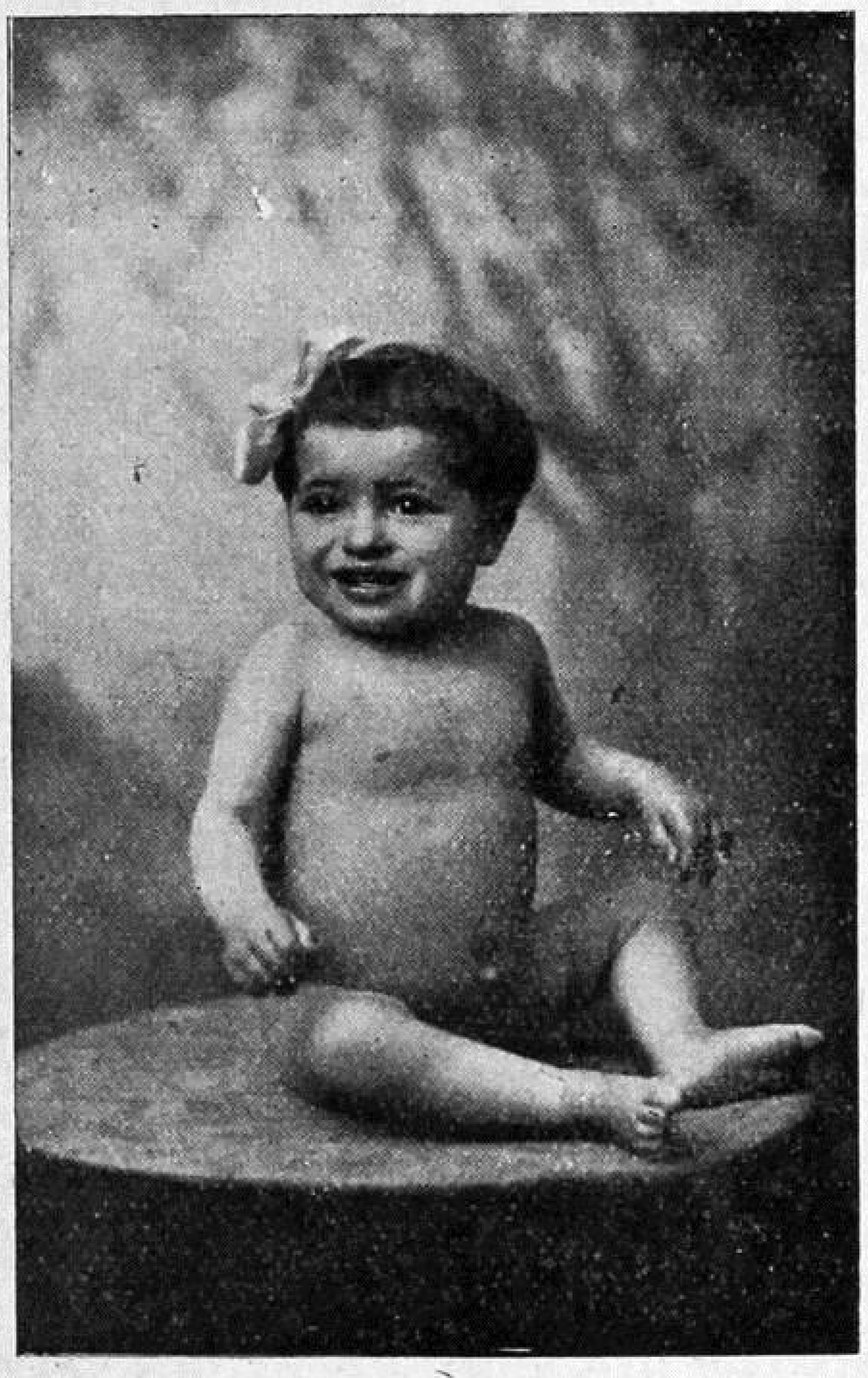


Fig. 2.

Decisi allora di tentare l'insulinoterapia e praticai alla bimba la prima iniezione d'insulina di 3 U. C. Le iniezioni vennero continuate con intervallo di 2-5 giorni; la dose di insulina aumentata progressivamente fino a 6 U. C., e venne iniettata sempre insieme a 20-25 cc. di siero glucosato (Locke-Ringer).

Complessivamente furono praticate n. 13 iniezioni. Fin dalle prime iniezioni fu evidente l'aumento di peso pur rimanendo invariata l'alimentazione:

Il 22 ottobre: 3ª iniezione, kg. 5,050;
14 novembre: 8ª iniezione, kg. 6.



Fig. 3.

10 dicembre: 13ª iniezione, kg. 7,150.

Con l'aumento del peso migliorarono le condizioni generali, ritornando gradatamente la bimba a riprendere un aspetto normale.

Il 14 gennaio il suo peso era di kg. 8,150 (fotogr. n. 2).

Caso 2. — C. Giulio, m. 3 1/2. Allattamento mercenario. La nutrice a cui il bimbo era affidato, avendo pochissimo latte, somministrava alimento inadatto ed irregolarmente tanto da provocare al bimbo dispepsia gastro-intestinale, arresto e diminuzione notevole del peso. Il bimbo presentava aspetto sofferente, volto grinzoso, cute floscia e sprovvista di adipe, si lamentava continuamente (peso kg. 3,630).

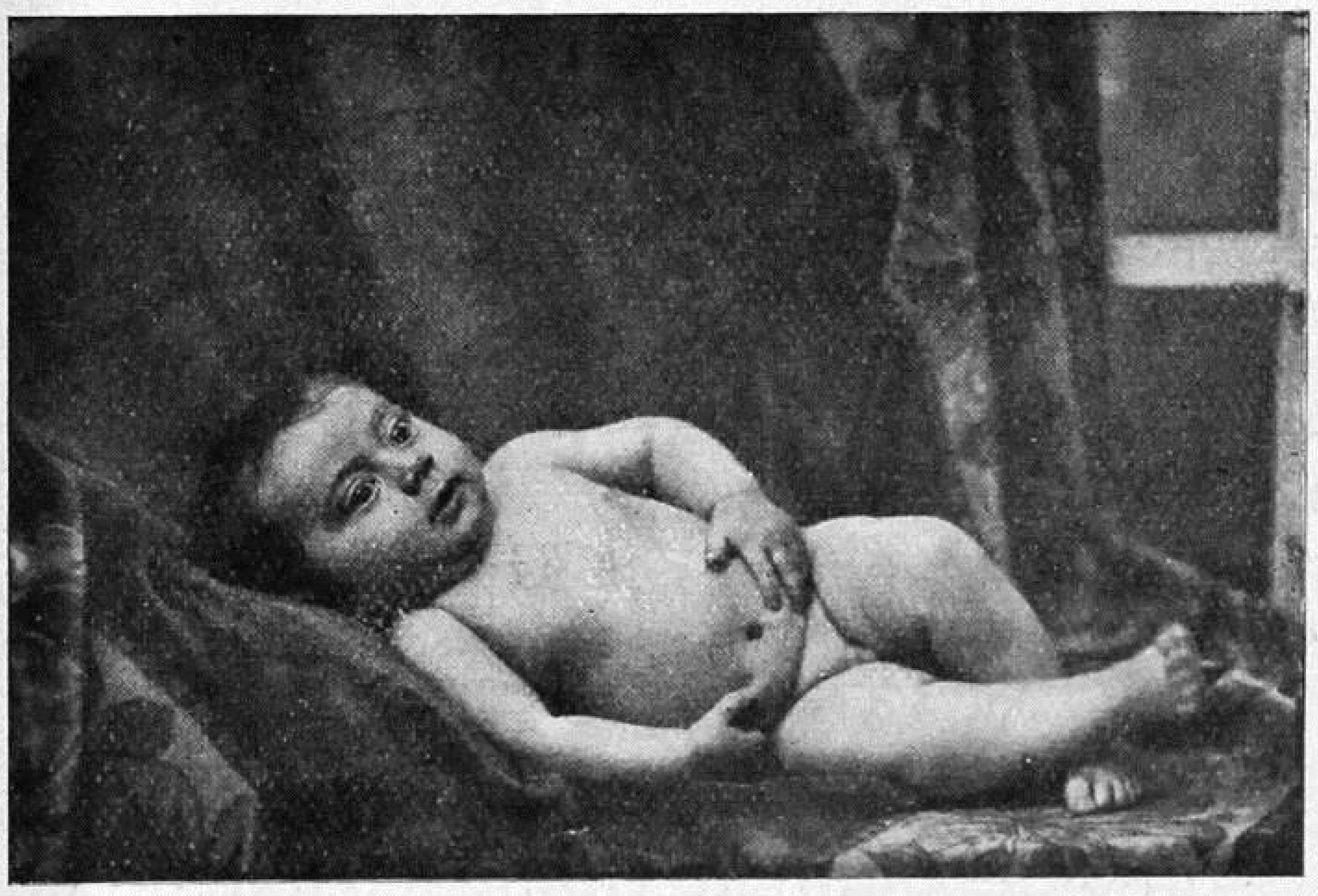


Fig. 4.

Fu subito affidato, dietro mio consiglio, ad altra e migliore nutrice. Dopo circa quindici giorni fu riportato alla mia osservazione perchè il bimbo con difficoltà si attaccava al seno, poppava con grande lentezza quasi non avesse la forza, e in circa mezz'ora riusciva appena a pren-

dere 20 gr. di latte; trovavasi in uno stato di vera inanizione.

Il suo peso era diminuito ancora: kg. 3,200, m. 4; persistevano le turbe intestinali, le condizioni generali aggravate: aspetto senile, occhi scavati nelle orbite, pelle secca, floscia, cascante (fotogr. n. 3).

In tali condizioni iniziai l'insulinoterapia: 8 ottobre 1929.

Come nel caso precedente le iniezioni furono praticate ogni 2-3 giorni; l'insulina nella dose 2-5 U. C. venne iniettata con 20-25 cc. di siero glucosato complessivamente furono praticate numero 12 iniezioni.

Sin dalle prime il bimbo manifestò un notevole miglioramento: cominciò a poppare con più energia (40-50 gr. di latte), ad essere più vivace, e gradatamente migliorarono le funzioni intestinali.

Alla 12ª iniezione, 18 novembre 1929, dopo quaranta giorni, il peso del bambino era di kg. 5.

Alla fine del mese di gennaio pesava Kg. 8 (fotogr. n. 4).

In ambedue i casi l'azione benefica dell'insulina è stata evidente, sia per il notevole aumento di peso ottenuto in breve tempo, per il miglioramento rapido delle condizioni generali in cui erano caduti i due pazienti, sia anche per l'influenza stimolatrice su l'appetito e sull'attività generale, che fu molto evidente nel 2° caso in cui il piccolo paziente era caduto in grave depressione vitale.

Dalla piccola esperienza di questi due casi parmi dover concludere che l'insulinoterapia nell'atrofia ed ipotrofia infantile sia un trattamento che può recare notevole successo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di atrepsia — da gastro-enterite uno e l'altro da alimentazione inadatta e dispepsia gastro-intestinale — in soggetti rispettivamente dell'età di 14 m. e 4 m., trattati con successo con iniezioni d'insulina unita a siero glucosato.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Diagnosi generale e sistematica dell'eczema.

(H. W. SIEMENS. *Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 8 marzo 1930).

L'eczema è una delle malattie cutanee più frequenti e, quindi, praticamente più importanti. Esso non è contraddistinto da una speciale efflorescenza, ma è la causa di una serie di fenomeni diversi. È una malattia cutanea essenzialmente polimorfa ed ha, per ciò, grande interesse diagnostico perchè molte altre malattie cutanee possono essere confuse con esso. Ne segue che la conoscenza precisa delle diverse forme di eczema, al pari di quella dell'ancor più polimorfa sifilide, è di grande interesse per il medico che si occupa di questioni dermatologiche.

Il concetto di eczema non ha gli stessi limiti per tutti gli autori. È pacifico che esso va considerato come un processo infiammatorio banale degli strati cutanei superficiali (epidermo-dermite o, meglio, epidermocutite). L'infiammazione può aversi per diversi fattori, specialmente per mezzi chimici e cessare col cessare della causa. Per questo, alcuni autori parlano di *dermatite*, riserbando la denominazione di eczema a quei casi che rappresentano i diversi stadi di un processo cronico, con minore tendenza alla guarigione.

Soprattutto la scuola francese usa l'espressione di eczema per i processi infiammatori di origine endogena. Le ricerche cliniche e sperimentali moderne hanno però dimostrato che, per la differenziazione di dermatiti esogene dalle endogene, vi sono molte difficoltà d'indole pratica e teorica. Di fatto, anche in presenza di una dermatite *artefacta*, si ammette generalmente una ipersensibilità e, quindi, la presenza di un fattore endogeno, mentre, d'altra parte, anche nel tipico eczema endogeno non è possibile escludere l'azione di un fattore esogeno. Si pensi, per esempio, alla dermatite da primula, la quale sembrava essere un tipico eczema costituzionale recidivante, fino a che si è invece scoperto che è dovuto al veleno della primula stessa.

Ancor più fondato sulla patologia costituzionale è il concetto di *eczematosi*, usato per indicare una malattia diatesica, che si manifesta specialmente con l'eruzione eczematosa. Anche per questa, però, si ammette che quasi sempre incominci in rapporto con uno stimolo, sicchè si dovrebbe distinguere un'origine allergica ed un ulteriore sviluppo di una dermatite *artefacta*.

Del resto, una distinzione netta fra eczema e dermatite *artefacta* non è nemmeno necessaria. E sebbene, nel linguaggio comune, si ascrivano alla dermatite i processi infiammatori acuti della cute, mentre invece all'eczema

quelli cronici, si deve ritenere che non esistano fra i due processi delle differenze fondamentali.

STADÌ DELL'ECZEMA.

Si comprende, in generale, sotto il nome di eczema quel processo che ha un tipico decorso clinico; quando questo è completo, si ha dapprima un eritema, da cui si originano delle papule (*eczema papulosum*), che hanno tendenza a formare delle vescicole (*eczema vesiculosum*), per cui si formano nello strato edematoso di Malpighi delle piccole cavità che, per confluenza, ingrandiscono. La vescicola è coperta da uno strato poco resistente, per cui in conseguenza del grattamento consecutivo al prurito si ha, al posto della vescicola, una erosione (*eczema erosivum* e *madidans*). Questo stadio vescicolo-erosivo rappresenta il culmine del processo infiammatorio; durante esso, come in tutti gli stati erosivi, si può avere un'infezione da parte di comuni piogeni, donde la formazione di croste (*eczema crustosum*). Nell'eczema fortemente crostoso, però, non abbiamo più uno stadio del vero eczema, ma una complicazione infettiva dello stadio vescicolo-erosivo.

Quando il processo infiammatorio ha raggiunto il culmine esso tende ad esaurirsi e si ha la formazione di squame (*eczema squamosum*), per una maggiore proliferazione cellulare degli strati epidermici, dovuta all'iperemia infiammatoria. Gradatamente diminuiscono l'iperemia e la desquamazione e si ha la *restitutio ad integrum*. Si possono poi avere spongiosi, paracheratosi ed acantosi.

Questo decorso clinico-istologico tipico può subire delle modificazioni e retrocedere, anche in conseguenza della terapia. Se il processo infiammatorio è torpido, si ha un decorso cronico e l'eczema può presentarsi in uno solo dei suoi stadi, papuloso, vescicoloso o squamoso.

L'*eczema cronico papuloso* consta di papule emisferiche (nei casi acuti puntiformi), tutte od in gran parte aperte per il grattamento, essendo molto pruriginose; esse possono passare allo stadio vescicoloso umido. Le papule possono essere aggruppate o disseminate. Quelle aggruppate formano dei focolai più o meno circoscritti, nel centro dei quali le efflorescenze sono tanto ravvicinate che i limiti fra di loro scompaiono, avendosi la così detta lichenificazione. La pelle, in questi punti, appare inspessita per l'edema e per l'infiltrazione cellulare e con l'apparenza di cuoio *sagrinato*, dall'aspetto di mosaico. La pelle lichenificata, per i fenomeni infiammatori può apparire rossa, ma ha più spesso un colore grigiastro-giallognolo. Alla superficie si può avere una finissima desquamazione, talora pigmentazione, più raramente una depigmentazione, simile alla vitiligo. Ai margini della placca lichenificata, si hanno spesso alcune papule isolate, talora con contorni iperpigmentati.

Questi eczemi cronici lichenificati si possono distinguere dalle altre malattie cutanee per la presenza della papula che è l'elemento caratteristico. Noi troviamo delle papule disseminate o raggruppate con placche lichenificate, nel lichen ruber; da ciò il nome di lichenificazione. Ma la papula del lichen si distingue bene da quella dell'eczema per i suoi margini angolosi, sfaccettati, coperta da uno strato corneo ipercheratosico, che apparisce quindi lucente e che non è facilmente asportata dal grattamento. Alla superficie delle papule più grosse, appaiono, come patognomoniche, le strisce di Wickham, a forma di rete bianco-bluastra, trasparente, data dallo strato granulare inspessito. Gli eczemi papulosi circoscritti differiscono per la loro finezza dall'efflorescenza del lichen ruber, che è piuttosto grossolana. Si tratta di eczemi licheni-simili i quali vengono riuniti da Vidal nel gruppo del lichen simplex cronico, distinto dal ruber.

Gli eczemi papulosi sono pure contraddistinti dal *prurito intenso*, tanto che alcuni autori hanno ammesso come disturbo primario l'irritazione nervosa, a cui sarebbe consecutiva l'eruzione delle papule; si parla quindi di *neurodermite*, espressione che, per ora non appare giustificata. Migliore è la denominazione di Neisser di *dermatite lichenoide pruriginosa*, la quale non pregiudica nulla e corrisponde ai fatti. Osservano però altri dermatologi che, se le papule sono più disseminate, il quadro clinico rassomiglia, anzichè al lichen ruber, alla prurigo di Hebra. Trattasi, in questo caso, di una malattia che si manifesta per lo più nei primi anni di vita, preferibilmente alle regioni estensorie; con delle papule emisferiche che possono anche riunirsi in placche lichenificate e che vengono, per lo più, aperte col grattamento. E gli eczemi papulosi con efflorescenze che si manifestano al lato estensorio rassomigliano, senza dubbio, alla prurigo. Questo ha portato gli autori francesi a contrapporre la prurigo volgare a quella di Hebra e si parla di prurigo volgare disseminata e circoscritta.

Ma anche lo stato eczematoso vescicolare può aversi isolato, nello stadio subacuto e cronico, a cui segue, quando il processo retrocede, lo stadio squamoso. Le vescicole si manifestano alle mani ed ai piedi ed anche fra le dita, di preferenza nei mesi estivi. Contrariamente a quanto accade per l'eczema acuto ed in conseguenza del maggiore spessore dello strato corneo, queste vescicole si aprono raramente. Molto semplicemente si potrebbe quindi parlare di eczema cronico vescicoloso od anche *disidrotico*, il che significherebbe che tale eczema deriva da una disfunzione delle ghiandole sudoripare. Vi è però un fatto che il contenuto della vescicola, anzichè acido come è

il sudore, reagisce alcalino, come ogni essudato infiammatorio; oltre a ciò, essa, istologicamente, non è affatto connessa con le ghiandole sudoripare. Si aggiunga che noi non conosciamo nulla sulla disfunzione delle ghiandole sudoripare e che anche l'asserzione che tale malattia si manifesti in individui che soffrono di iperidrosi alle mani od ai piedi, non è fondata.

Altri autori incolpano invece una deficienza di sudore. Ma se anche, come l'A. ritiene, un'abbondante secrezione sudorifera prepara il terreno favorevole per tale malattia, non possiamo parlare di « disidrosi », come forse anche per l'eczema intertriginoso, per cui il rapporto con la secrezione sudorifera non è indifferente. Ad ogni modo, tenuto conto che l'eczema vescicoloso pur non avendo un rapporto diretto col sudore, in molti casi può essere in relazione con esso, l'A. propone di chiamarlo « eczema disidrotico ».

Negli ultimi tempi, si è assodato che possono aversi quadri clinici del tutto simili a quello dell'eczema cronico vescicoloso, ma provocati da ifomiceti. Si tratta, cioè, di dermatomicosi, di cui la diagnosi clinica differenziale è raramente possibile; si ricorrerà quindi alla diagnosi batteriologica, particolarmente importante per la terapia che è diversa per l'eczema vescicoloso e la dermatomicosi vescicolosa.

Una nozione di grande importanza pratica è quella dell'*eczema squamoso* cronico, di cui il nome più diffuso è quello di eczema seborroico, il che però non deve far credere che questa forma di eczema stia in connessione con una disfunzione delle ghiandole sebacee.

In questi ultimi tempi, si è voluto dare a queste forme il nome di *eczematidi* (separandole dagli eczemi, a cui sono invece connessi per molti punti di passaggio) per la tendenza a passare, col grattamento, a forma umida, oltrechè per le caratteristiche istologiche. È quindi meglio parlare soltanto di eczema cronico squamoso.

Questo, nella forma eritemato-squamosa, dovrà essere differenziato dalle forme similari delle epidermofizie superficiali e della psoriasi. Si è quindi parlato di eczemi tricofitoidi, psoriasiformi e simili alla pitiriasi rosea, nomenclature non giustificate dai fatti perchè le forme sono del tutto diverse.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

La diagnosi differenziale deve tener presente soprattutto quelle forme in cui l'efflorescenza rassomiglia ai vari stadi dell'eczema.

L'*eczema papuloso circoscritto* si differenzia dal lichen ruber per la diversità della eruzione primaria, la differenza nei vari effetti del grattamento, veramente più istologica che clinica. Non sempre però la questione può essere decisa; ci si può allora giovare del criterio *a juvantibus*, perchè la terapia arsenicale non riesce mai negli eczemi papulosi.

Nell'*eczema papuloso disseminato*, non si hanno differenze cliniche tali da distinguerlo con sicurezza dalla prurigo di Hebra. Si può dire, è vero che la papula della prurigo incomincia come urticaria, ma non bisogna dimenticare che ogni malattia idiosincrasica cutanea deriva dalla rete vasale cutanea (edema della cute). La prurigo è da considerarsi una malattia allergica, come del resto anche l'eczema, di cui si osservano anche delle guarigioni spontanee all'ospedale. Vi sono, fra le due malattie, molti punti di passaggio, tanto che si può ritenere che la prurigo passi, secondariamente, nell'eczema. Le differenze praticamente più essenziali nella prurigo si trovano soprattutto nel decorso clinico: inizio precoce, con diffusione dell'eruzione sulle parti estensorie, la resistenza e gli scarsi risultati della terapia antieczematosa. Quando si tratta, invece, di una malattia iniziatasi mentre il paziente è già avanti negli anni, quando l'eruzione non ha grande estensione, si può dire che si tratti di vero eczema papuloso.

Una differenziazione sicura, dal punto di vista eziologico, può invece farsi fra l'*eczema vescicoloso* e le epidermofizie, col reperto dei relativi parassiti.

Lo stesso vale per l'*eczema squamoso* e le epidermofizie che gli rassomigliano. In questi casi, però, è possibile spesso anche la diagnosi clinica.

Nell'eczema tricofitoide, si hanno limiti non netti che possono fare passaggio ad un gruppo di papule; invece, nella maggior parte delle micosi, la desquamazione si ha uniformemente al centro ed alla periferia, in questa si trova un margine netto eritematoso, squamoso od anche vescicoloso. Anche nelle forme figurate dell'eczema squamoso, non si osservano mai tali belle forme anulate. Per quanto riguarda la differenziazione dalla psoriasi, si tenga presente che questa si mostra con forte eritema, notevole formazione di squame contenenti aria e, perciò con lucentezza argentea, con limiti netti, localizzazione dorsale, mentre quella dell'eczema squamoso è per lo più ventrale e, non raramente, intertriginoso. Ma la psoriasi può anche avere altra localizzazione e, quando le squame sono scarse, si può rimanere in dubbio se si tratti di vera psoriasi o di eczema psoriasiforme. *A potiori fit denominatio*, fino a quando non si potrà stabilire una diagnosi sicura, sulla base eziologica finora sconosciuta (probabilmente infettiva) della psoriasi.

In singoli casi, può anche essere praticamente importante la diagnosi differenziale fra eczema ed altre malattie cutanee: eritema essudativo multiforme, herpes simplex, morbo di Paget, lupus eritematodes, sifilide secondaria. Tutto ciò dimostra il grande interesse pratico e teoretico che ha l'eczema per il dermatologo e per il medico pratico. *fil.*

La partecipazione della pelle all'allergia degli organi interni.

(W. Berger. *Wien. Klin. Woch.*, n. 17 e 18, 1930).

Si chiama « allergia idiosincratica » la disposizione che hanno alcuni individui a reagire con manifestazioni morbose o in generale in modo diverso dalla maggior parte degli uomini, a farmaci, ad alimenti, ad altre sostanze vegetali od animali, innocue per i più. La partecipazione della pelle all'allergia degli organi interni può manifestarsi nel senso che, contemporaneamente o non contemporaneamente con questi organi, la pelle reagisce alla stessa sostanza dannosa con sintomi di allergia manifesta: eritemi, orticaria, eczemi. In altri casi invece l'allergia cutanea non dà sintomi clinici, resta latente e si può dimostrare soltanto con le « prove cutanee allergiche ». Le osservazioni cliniche dimostrano che sia nell'allergia che nell'idiosincrasia alcune regioni del corpo, specialmente quelle più esposte all'agente dannoso, sono particolarmente colpite; che per lo più però l'allergia interessa contemporaneamente più sistemi, anzi tutto l'organismo (allergia a tendenza generalizzata).

Nei pazienti affetti da febbre da fieno l'allergia cutanea manifesta è rara. Su 30 malati, 3 accusavano, durante l'asma, prurito senza segni cutanei evidenti, 2 presentavano eritemi pruriginosi, 2 una desquamazione alla fronte e alle mani, verso la fine della stagione dei pollini. Più frequenti erano manifestazioni cutanee, di sospetta natura allergica, indipendenti dal polline: orticaria da fragole in 2 casi, da prugne secche in 1 caso, da crostacei in 1 caso, da causa indeterminata in 4 casi, acne iodica in un altro caso, eczema da primole in un altro, eczema acuto ed eczema cronico, grave, universale, in altri 2 casi. Sembra quindi che la pelle dei pazienti affetti da febbre da fieno sia soggetta ad una « polisensibilizzazione ».

Le prove cutanee (iniezione intracutanea di 0,001 cc. di diluizioni diverse di estratti; reazioni positive sono solo quelle in cui il diametro della papula supera i 7-9 mm.) dimostrano che in tutti i casi di febbre da fieno esiste una allergia cutanea almeno latente. Queste prove cutanee confermano che la cute dei detti pazienti è « polisensibilizzata »; riescono infatti spesso positive, se pure in grado meno spiccato, le prove cutanee verso molti altri antigeni, in modo particolarmente frequente ed intenso verso gli estratti di cereali, e specialmente di grano.

I pazienti affetti da asma bronchiale presentano talvolta manifestazioni cutanee, segno di allergia manifesta della pelle; nel 64 % dei casi studiati dall'A. gli riuscì di dimostrare un'allergia cutanea latente (prove cutanee positive verso singoli o verso più antigeni). Le stesse prove seguite per controllo su individui esenti da asma, diedero risultati positivi solo nel 20 % dei casi. Non tutti i casi di asma con reazioni cutanee negative si devono considerare di natura non allergica: tra questi casi sono compresi sia il gruppo di asma non allergico che il gruppo di asma allergico in cui non si è potuto identificare la sostanza allergizzante, e infine anche quel gruppo in cui pur avendosi un'allergia degli organi, a questa allergia non partecipa la pelle.

Negli asmatici e nei controlli con prove cutanee positive non si riesce a dimostrare una esagerata reattività della pelle di fronte ad agenti traumatici e chimici; nè si riesce a dimostrare un'iporeattività della pelle negli individui con prove cutanee negative. Le prove cutanee indicano proprio una allergia della pelle: in molti casi si può dimostrare una precedente sensibilizzazione (così più della metà degli individui che lavorano a contatto con la farina presentano un'allergia cutanea verso gli estratti di farina), e in una parte dei casi l'A. ha pututo dimostrare nel siero degli individui reagenti ad un determinato estratto, anticorpi specifici trasmissibili.

Pollitzer.

TUBERCOLOSI.

Affezioni simulanti la tubercolosi pulmonare.

(F. G. Chandler. *British Medical Journal*, 19 ottobre 1929).

Molte affezioni rassomigliano sintomaticamente alla tubercolosi pulmonare e possono clinicamente simularla sopratutto per l'ipertermia, il deperimento, l'emottisi o perchè esistono segni di sclerosi pulmonare o di versamento pleurico.

Le condizioni croniche che possono assumere aspetti simili alla tubercolosi sono: la bronco-pulmonite o la pulmonite irresoluta, gli empiemi di origine oscura, la fibrosi non tubercolare, il catarro apicale, la pneumoconiosi, la bronchiectasia, l'ascesso pulmonare, i tumori, le infezioni fungose (actinomicosi, aspergillosi, blastomicosi), la spirillosi o spirochetosi bronco-pulmonare, la distomia pulmonare, la cisti idatidea, la stenosi mitrale, la sifilide, i corpi estranei nei bronchi, la stenosi bronchiale.

La tubercolosi basale massiva può simulare una pulmonite irresoluta specialmente quando l'affezione segue apparentemente un attacco influenzale acuto. Lo stato generale del paziente, l'assenza di leucocitosi, la presenza di bacilli tubercolari conducono alla diagnosi esatta.

I versamenti pleurici oltre che dalla tubercolosi possono essere provocati dai linfadenomi, dai tumori maligni primitivi e metastatici,

dalle cisti, dalle affezioni cardiache e renali, dall'ascesso subfrenico, dalla polisierosite.

Il linfadenoma può provocare un complesso sintomatico simile a quello della tubercolosi oltre che per la produzione del versamento pleurico, per la febbre prolungata, per fatti ascoltatori pulmonari.

Tuttavia nel linfadenoma la febbre assume uno strano decorso od esacerbazioni intermittenti. L'esame radiologico rivela la presenza di masse glandolari nel mediastino, che, qualora esista versamento, può essere messo in evidenza sostituendo l'essudato con ossigeno o aria. Un buon elemento diagnostico è dato dal successo della cura arsenicale e dalla radioterapia nel linfadenoma.

La pneumoconiosi (antracosi, silicosi o calicosi, siderosi, asbestosi, bissinosi) si distingue dalla tubercolosi in base ai dati anamnestici, al reperto radiologico, all'assenza di bacilli tubercolari, al reperto radiologico, ed, in alcuni casi di asbetosi, alla presenza di fibre nello sputo. I segni fisici sono quelli di una fibrosi delicata o forse di un enfisema. Più tardi si può avere contrazione della parete toracica e ottusità alla percussione. I fatti ascoltatori sono quelli che si riscontrano in altre sclerosi pulmonari. Il reperto radiologico varia con lo stadio della malattia e con la qualità della sostanza malata.

La diagnosi differenziale tra la sclerosi tubercolare e non tubercolare si fa soltanto in base al reperto batterioscopico.

Spesso dopo alcune affezioni pulmonari acute, dopo l'influenza in ispecie, persiste per qualche tempo un focolaio di crepitio agli apici che fa pensare alla tubercolosi. Ma questo catarro apicale o meglio non tutti questi catarri apicali postinfettivi sono specifici. In questi casi la diagnosi si fa prendendo regolarmente la temperatura serale ed il peso del corpo, praticando l'esame degli espettorati ed eventualmente l'esame radiologico.

Fino a qualche anno fa la diagnosi differenziale tra bronchiectasia e tubercolosi pulmonare era molto difficile. I sintomi specie nel periodo iniziale della bronchiectasia sono simili: tosse, espettorazione, emottisi. Perfino il reperto radiologico non chiarisce la diagnosi. Solo l'esame dell'espettorato dà sicuri indizi del male.

L'ascesso pulmonare può essere facilmente differenziato mediante l'esame radiologico, che in detta affezione dà reperti molto chiari.

Le affezioni sifilitiche dei pulmoni sono caratterizzate dalla produzione di gomme che possono simulare altre formazioni neoplastiche, la bronchiectasia e la tubercolosi pulmonare. Il dubbio che si tratti di una lesione luetica deve sorgere ogni qual volta la sintomatologia non è chiara per altre affezioni o quando nell'anamnesi vi siano elementi di certezza o di dubbio del contagio sifilitico.

La diagnosi sarà chiarita dalla reazione di Wassermann, dall'esame radiologico, e dai risultati della cura specifica.

Per la diagnosi dei corpi estranei nei bronchi è necessario l'esame broncoscopico. Tale esame è necessario, insieme a un'iniezione di lipiodol, è indispensabile per l'accertamento della broncostenosi.

Molti casi di febbre persistente senza alcun segno fisico di lesione dei vari organi possono essere sospettati come tubercolotici. Ciò avviene particolarmente in casi di febbre melitense, di malaria, di colibacillosi, di raccolte nascoste di pus, di febbre sifilitica, ecc. In tali casi dubbi conviene praticare gli esami microscopico, culturale e serologico del sangue, che nella maggioranza dei casi chiariscono la situazione.

Anche l'ipertiroidismo per alcuni suoi sintomi, come la tachicardia ed il deperimento, può far pensare alla tubercolosi, che può essere esclusa per l'assenza di febbre, di segni fisici pulmonari, eventualmente di bacilli di Koch negli sputi.

La stenosi mitralica può associarsi a tubercolosi pulmonare, ma talvolta anche in assenza di questi ultimi si possono avere forme emottoiche ed infarti pulmonari che fanno sospettare la lesione specifica. L'esame degli sputi, il risultato dell'esame fisico ed eventualmente di quello radiografico concorrono a chiarire la diagnosi. DR.

Il grado di curabilità delle lesioni tubercolose polmonari.

(G. ARAOZ ALFARO. *Revista médica latino-americana*, n. 173, 1930).

L'A. ricorda con Redeker che gli studi moderni sulla tisiologia hanno fatto cadere parecchi dei dogmi che sembravano indiscutibili fino a pochi anni addietro; ad es. quello della prognosi assolutamente infausta della tubercolosi del lattante; quello della disposizione e «dell'abito tisico»; quello della tubercolosi apicale, punto di partenza della tisi mortale dell'adulto, ecc. In mezzo a tutti questi dogmi ricorda ugualmente quello riferentesi alla guarigione che si può soltanto sperare nelle lesioni iniziali per mezzo della sclerosi e della calcificazione. Noi oggi sappiamo che la guarigione può ottenersi anche nelle lesioni avanzate, grazie a un meccanismo diverso dai precedenti, la risoluzione, che porta ad una «restitutio ad integrum».

Tuttavia simili guarigioni non sono affatto frequenti, e non deve ritenersi, come qualcuno pretende sostenere, che la tubercolosi guarisca facilmente. Araoz spiega questa modificazione di concetti dati i nuovi elementi di giudizio, specialmente i raggi X, di cui attualmente

si dispone, e dato il progresso degli studi di anatomia patologica.

Classicamente non si ammettono che tre forme di evoluzione della tubercolosi polmonare: 1) caseificazione e fusione; 2) trasformazione fibrosa e 3) calcificazione.

Si accetta ugualmente oggi il « riassorbimento semplice » o « risoluzione » come nei processi infiamamtori acuti, grazie al quale scompaiono non solo le lesioni infiammatorie pneumoniche o perifocali, ma anche gli stessi piccoli tubercoli o granulazioni tubercolari, come hanno constatato diversi autori (Besançon e Brauer, 1912; Léon Bernard, Lereboullet, Savy, Rist et Ameuille, ecc.). In un numero di casi gli esami radiologici in serie hanno permesso di rilevare questi fatti, dimostrando la risoluzione più o meno perfetta dei focolai tubercolari, qualche volta abbastanza estesi. Questo processo curativo è possibile secondo Jacquerod « in tutti i casi di tubercolosi polmonare in cui le lesioni sono recenti », opinione che l'autore considera un po' ottimista. Al contrario egli ritiene che i processi infiammatori di carattere essudativo e di data recente sono i soli suscettibili di una risoluzione più o meno completa. Conferma questo criterio con osservazioni personali e presenta alcune radiografie molto dimostrative ed accetta l'idea che simile regressione possa compiersi spontaneamente, specialmente in quei malati in riposo, con cure igieniche e climatiche, come hanno dimostrato parecchi autori e le sue stesse osservazioni.

In altri casi il riassorbimento non può essere che parziale e lascia una trama fibrosa e qualche nodulo indurativo isolato, dove prima sembrava esistere un blocco indurato.

Nelle forme produttive o miste la risoluzione non può essere che parziale.

L'eliminazione delle parti colliquate e la sclerosi o fibrosi, sono i principali fattori suscettibili di guarigione lasciando delle stimmate capaci di produrre, di tempo in tempo, in alcuni casi che sembrano guariti, l'espettorazione bacillifera ed anche delle metastasi. Questa guarigione per trasformazione fibrosa è la forma classica e ben conosciuta. I metodi terapeutici moderni: pneumotorace, sanocrisina, tubercolina, favoriscono l'eliminazione parziale e l'ulteriore sclerosi, specialmente in quei processi in prevalenza essudativi o caseosi, nei quali il pneumotorace agisce così efficacemente, mentre nelle forme indurative o produttive (fibrose) esiste la tendenza alla guarigione spontanea per sclerosi; quest'ultimo processo è specialmente favorito dalla climatoterapia e tubercolinoterapia, poichè il pneumotorace e la sanocrisina sono meno efficaci in esso che nelle forme caseose.

L'autore riporta in seguito qualche osservazione clinica del dott. Jacquerod, di Leysin le cui radiografie ripetute permettono di constatare che, malgrado l'anteriore esistenza di lesioni polmonari estese, qualche volta anche con grandi caverne, queste appaiono in seguito guarite per sclerosi, alcune favorite dalla sanocrisina altre dal pneumotorace o dal clima di montagna.

Nei casi di grandi caverne che non possono essere beneficati dal pneumotorace, l'autore consiglia la toracoplastica.

La guarigione per calcificazione può soltanto essere efficace nei processi a piccoli noduli infiltrativi del polmone o dei gangli.

L'autore termina facendo osservare nuovamente la grande evoluzione subita dalla tisiologia in questi ultimi 25 o 30 anni e le conquiste di grande valore della terapeutica; sebbene esse non giustifichino ancora l'estremo ottimismo di Grancher, esse ci permettono senza alcun dubbio, di guarire un numero di malati molto superiore a quello di un quarto di secolo fa, e specialmente in certe categorie di malati condannati, a quell'epoca, a morire a breve scadenza. MONTELEONE.

Tubercolosi e porpora.

(F. MACCARI. *Arch. Ital. di Der. Sif. e Ven.* n. 4, 1930).

È nota la frequenza con la quale forme di porpora si manifestano su terreno tubercolare e l'importanza che molti AA. attribuiscono a questo fatto. Il fattore tbc. può contribuire a provocare la comparsa di una porpora sia agendo sul contesto delle pareti vasali coll'azione diretta del suo agente specifico o delle sue tossine, sia per localizzazioni speciali su certi organi, come quelli a funzione omopoietica e sul sistema endocrino e sulle capsule surrenali.

L'A. riferisce un caso clinico interessante, poichè non solo la porpora si è manifestata in terreno tubercolare, ma su particolari elementi, a tipo tuberculide, preesistenti ed esclusivamente su questi.

Trattasi di un ragazzo di 14 anni, il quale 3 anni prima aveva sofferto di pleurite secca e poi di un'otite, in seguito alla quale si manifestò una nefrite acuta emorragica e al tempo stesso si presentarono piccole emorragie cutanee a tipo di petecchie agli arti inferiori, che scomparvero dopo pochi giorni per ricomparire poi in numerose altre *poussées* accompagnate sempre da modica febbre. Tali emorragie avevano sede esclusivamente su piccole papule follicolari che il p. già da tempo imprecisabile aveva notato alla reg. antero-esterna delle coscie, delle gambe, e sulla faccia estensoria degli arti superiori. Questo stato di cose si era prolungato con alternative di miglioramenti e di ricadute fino al ricovero del p. in Ospedale.

Nulla di particolare fu rilevato all'esame obiettivo dei vari organi, all'infuori di una lieve ipofonesi della regione sottospinosa alla base dell'emitorace sinistro. Micropoliadenia cervicale, sottomascellare e inguinale sia sulla faccia estensoria degli arti superiori, che su quella latero esterna degli arti inferiori; gli osti dei follicoli pilo-sebacei si presentavano rilevati e formanti piccole eminenze papulose di forma conica, talvolta sormontate da una piccola squama, aderente tal'altra abrase e ricoperte da una crosticina ematica; spesso centrate da un pelo più o meno atrofico. Tutti questi elementi sia papulosi che papulo-emorragici erano perfettamente simmetrici, ma non davano luogo a nessun fatto subiettivo.

L'esame morfologico del sangue risultava normale, nelle urine albumina 0.50 ‰, numerose emazie, cilindri ialini e granulosi.

Prova del laccio positiva, normali il tempo di coagulazione e di emorragia. Cutireazione positiva, reazione di Wassermann negativa.

Su di un terreno quindi tubercolare (pleurite sofferta, micropoliadenia ecc.) si era manifestata una porpora, con la caratteristica di impianto sulle lesioni ostio-follicolari preesistenti da tempo.

Ciò che però può riuscire arduo è forse l'inquadramento del caso fra i vari tipi di porpora e la sua spiegazione completa. Senonchè valutando i suoi sintomi uno a uno si può facilmente giungere alla esclusione di una porpora da diatesi emorragica intesa nel senso di predisposizione generale all'emorragie e così pure di una porpora secondaria ad intossicazione, e malattie di organi interni, non esistendone nel paziente, mentre la discussione si limita alle sole cause morbose notate nel p. e cioè: la tubercolosi, la setticemia o la tossiemia, l'uremia e la nefrite.

L'A. dopo aver discusso le varie ipotesi ritiene la porpora dipendente da un fattore determinante occasionale rappresentato da tossiemia in prima linea e da nefrite acuta poi, atto a provocare la comparsa di porpora, esclusivamente e in quanto si trova ad agire su un terreno preparato da una lenta forma di tubercolosi.

A questa preparazione di terreno è pertanto da ascrivere una fondamentale importanza, in quanto essa è assolutamente necessaria alla comparsa della porpora; il fattore occasionale può essere quanto mai vario e se in questo episodio è costituito da una tossiemia accidentale, in altri eventuali episodi o in altri casi potrà avere la più diversa natura. Il caso ad ogni modo può essere dimostrativo ad indicare come nella porpora la tubercolosi rappresenti il *primum movens* e costituisca il terreno favorevole al suo manifestarsi.

A. P.

ESOFAGO.

Cancro dell'esofago.

(L. RAMOND. *Presse Méd.*, n. 18, 1929).

L'A. riferisce il caso di un uomo di 65 anni, nel quale improvvisamente si stabilì una disfagia, dapprima per gli alimenti solidi, poi anche per i liquidi.

L'esame somatico completo, l'ispezione della bocca e del faringe, la palpazione del collo e della nuca non rilevavano nulla di anormale.

L'impossibilità di deglutire può essere dovuta ad una vera disfagia da ostacolo locale alla deglutizione o soltanto all'impossibilità psichica di inghiottire, come si verifica alcune volte in certi psicopatici o nevropatici.

Nel caso in esame fu facile all'A. escludere tutte le false disfagie, mentre ammessa una vera disfagia rimaneva da precisare quale fosse la natura dell'ostacolo e la sua sede, e cioè se nel faringe o nell'esofago. Per i caratteri della disfagia, la causa del disturbo della deglutizione doveva risiedere molto in alto, all'origine del tubo digerente, sul faringe o alla sua estremità inferiore, poichè gli alimenti non riuscivano ad oltrepassare la gola. D'altra parte mancavano i caratteri delle disfagie da stenosi esofagee: non rigurgito o ritorno in bocca, dopo un certo tempo, del bolo alimentare inghiottito, non vomito di catarro, di saliva o di mucosità sanguigne, nè scialorrea.

In corrispondenza del faringe, due specie di malattie possono essere causa di disturbi della deglutizione: le infiammazioni acute o croniche e le paralisi.

Nel primo caso si hanno contemporaneamente dolori, modificazioni della voce, tosse, sintomi locali all'esame della gola; nel secondo caso, la disfagia si verifica quando sono interessati gli ultimi nervi craniani: il glosso faringeo (IX), il pneumogastrico (X), lo spinale (XI) e l'ipoglosso (XII).

Questi nervi di rado sono colpiti isolatamente, per lo più lo sono simultaneamente ed allora si hanno una serie di sintomi: disfagia e movimento di tendina della parete posteriore del faringe, per paralisi dei costrittori del faringe innervati dal glosso-faringeo; disturbi della voce e paralisi del velo palatino, per lesione del vago-spinale; emiatrofia della lingua per paralisi dell'ipoglosso; paralisi ed atrofia dei muscoli sterno-cleido mastoideo e trapezio, per paralisi della branca esterna dello spinale.

Tutti questi sintomi nel caso dell'A. erano però assenti e siccome d'altra parte non esisteva alcun fattore etiologico capace di provocare simili paralisi (traumatismi, sintomi di tumore cerebrale, di tabe, di sifilide nervosa), fu concluso per la presenza di un tumore di natura maligna in corrispondenza dell'origine

dell'esofago. L'esame radioscopico e quello laringoscopico confermarono l'esattezza della diagnosi di cancro.

La prognosi in tali casi è sempre fatale e a breve scadenza, solo la gastrostomia permette di alimentare in parte l'ammalato, ma se eseguita tardi, spesso è inutile e può anche affrettare la morte.

A. P.

Esperienze con l'esofagoplastica cutanea pretoracica.

(BRAIZEW. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 320, 1929).

Ha applicato il metodo originale di Bircher in 7 casi, di questi in 5 ha avuto pieno successo, un paziente è morto per una complicazione otitica, nel secondo è sopravvenuta una stenosi del neoesofago. In tutti i casi si trattava di stenosi esofagee non dilatabili, da ingestione di caustici e in tutti era stata applicata preventivamente una gastrostomia.

L'intervento viene eseguito in più tempi e con questo ordine: gastrostomia (oltre quella già esistente) a sinistra della linea mediana, estrinsecando una piega dello stomaco con una laparotomia transrettale e suturando la mucosa gastrica alla pelle; sezione dell'esofago cervicale fissando il moncone superiore alla pelle della regione sopraclavicolare sinistra e chiudendo il moncone inferiore; formazione del tubo cutaneo dalla pelle del torace suturando sopra di esso i margini della breccia in modo che le due suture non si corrispondano. Per favorire la mobilizzazione dei margini occorre praticare delle incisioni lungo l'ascellare anteriore; la perdita di sostanza che qui risulta viene fatta guarire per seconda; anastomosi del tubo cutaneo con il moncone esofageo con un lembo cutaneo peduncolato preso dalla regione sopraclavicolare sinistra. Facilmente, per deiscenza parziale della sutura, si formano fistole che talvolta guariscono spontaneamente, talvolta richiedono piccoli interventi plastici.

L'ultimo tempo consiste nella unione del neo-esofago alla gastrostomia; qui le difficoltà sono minori perchè la cute dell'addome è scorrevole e la formazione del lembo più facile. Ottenuta la cicatrizzazione completa si inizia la alimentazione per os e si chiude la gastrostomia ancora esistente.

I pazienti, osservati a distanza dall'intervento, sono capaci di deglutire qualunque cibo e in qualsiasi posizione.

Il rivestimento cutaneo del neo-esofago acquista un aspetto simile a mucosa e non va incontro a nessuna alterazione.

In base all'esperienza personale, l'A. consiglia di dare la preferenza al metodo originale di Bircher piuttosto che a tutte le numerose modificazioni proposte.

VALDONI.

Esofagoplastica pretoracica.

(WENDEL. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 157, p. 295, 1929).

In una donna di 18 anni per ingestione di acido solforico si era determinata una necrosi della mucosa esofagea che venne espulsa in toto. Perchè anche lo stomaco era gravemente leso, fu impossibile praticare una gastrostomia rendendosi necessaria una digiunostomia. I tentativi di cateterismo esofageo fallirono per l'obliterazione completa del lume. Dopo pochi mesi, a monte della digiunostomia si formò uno sperone che faceva deviare all'esterno tutti i succhi duodenali producendo una macerazione estesissima della pelle dell'addome. La paziente era in condizioni gravissime di inanizione.

L'A. riuscì in un primo tempo a eliminare lo sperone a monte della digiunostomia in modo da far affluire nell'intestino i succhi duodenali.

L'esofagoplastica fu eseguita in sedute successive. Iniziò l'intervento con una esofagostomia laterale, poi, con grande difficoltà per le numerose aderenze, chiuse la fistola digiunale e applicò una gastrodigiunostomia a valle della fistola pregressa. Nella stessa seduta riuscì a creare una gastrostomia. L'ultimo tempo fu la formazione di un tubo di pelle che congiunge l'esofagostomia alla gastrostomia scolpendolo a lembo sulla parete toracica. Il risultato è stato brillante. La paziente ha riacquistato 25 chilogrammi di peso, i liquidi scendono rapidamente mentre per i cibi solidi è necessario di farli progredire con movimenti di pressione dall'esterno e dall'alto in basso nel neoesofago.

L'illustrazione del caso offre occasione al Wendel di schierarsi in favore del metodo di Bircher da lui eseguito e di consigliarlo in sostituzione di tutti gli altri metodi in cui la esofagoplastica viene eseguita con un organo cavitario. I risultati lontani sono migliori con il metodo seguito specie perchè non subentrano restringimenti nè ulcerazioni.

Numerosi dettagli e consigli di tecnica completano il lavoro.

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

L. DE GAETANO. *Compendio di Patologia Chirurgica.* IV Ediz. riveduta ed ampliata. Un vol. di pag. 1021. con 186 figure. Edit. V. Idelson, Napoli, 1930.

Il succedersi delle edizioni del libro del De Gaetano, direttore della Clinica Ortopedica di Napoli, è un indice del favore che ha incontrato non solo fra gli studenti ma anche fra i medici.

Il libro risponde bene alla premessa di essere « per gli studenti, perchè serva di preparazione e di avviamento allo studio della Clinica Chirurgica generale e delle Cliniche chirurgiche specializzate; per i medici pratici, perchè abbiano a portata di mano un manuale per i bisogni quotidiani della pratica chirurgica ».

Hanno particolare importanza i capitoli sulla patologia chirurgica dell'apparato motore. Il lettore vi troverà anche illustrati ampiamente, molti capitoli sulle deformità congenite e acquisite degli arti, argomenti che in genere sono trattati incompiutamente dai manuali di chirurgia più usati.

VALDONI.

A. B. MARFAN. *Le Rachitisme.* G. Doin, Paris, 1930. Frs. 15.

In questo lavoro, che fa parte di una nuova collezione: « La pratique médicale illustrée », il Marfan ha saputo raccogliere in 52 pagine di testo tutte le più recenti acquisizioni riguardanti l'etiologia, la patogenesi e la cura del rachitismo, offrendo al medico la possibilità di dare un rapido sguardo d'assieme a questa pagina tanto importante della patologia infantile.

M. FABERI.

P. GYÖRGY. *Die Behandlung und Verhütung der Rachitis und Tetanie.* Berlin, J. Springer, 1929. R. M. 9.60.

P. György, professore ad Heidelberg, rappresenta uno degli studiosi più adatti a trattare delle questioni concernenti il rachitismo e la tetania, essendosi occupato da più anni e con pubblicazioni numerose di queste particolari manifestazioni morbose dell'infanzia.

La sua fatica di raccogliere e coordinare i numerosissimi contributi apportati in tal campo di studio, ci sembra sia stata coronata da successo, perchè nella limpida esposizione dei vari capitoli della presente sua monografia il medico può facilmente prendere conoscenza di tutte le più recenti acquisizioni sull'argomento.

L'A., inoltre, non si è limitato, come il titolo farebbe supporre, alla trattazione della cura e della profilassi, ma ha fatto precedere capitoli assai interessanti sulla diagnosi, l'etiologia e la patogenesi del rachitismo e della tetania.

La bibliografia citata è assai abbondante, e comprende 1573 citazioni d'autori, tra i quali, però, abbiamo potuto constatare come siano riportati quelli italiani in quantità addirittura insignificante.

M. FABERI.

V. AZA-M. CARRERAS. *La practica obstetrica y Gynecologica en la medicina rural.* Ed. J. Morata. Madrid, 1930.

Gli AA. partirono dal concetto che il libro di ostetricia scritto pensando all'ambiente rurale non esisteva. Non investono tutti i temi ostetrici ma quelli che hanno maggiore frequenza clinica e tengono sempre presente il pubblico medico al quale si rivolgono.

Sono premesse alcune nozioni di ostetricia generale (pag. 27-64); poi a lungo (65-82) si parla dei preparativi da fare per l'assistenza ai parti nell'ambiente rurale (con senso pratico e grande chiarezza, e con l'aiuto di alcune figure dimostrative); pochi cenni di anatomia ostetrica e subito vengono trattati argomenti di clinica, sia delle complicazioni con le varie malattie mediche, sia della patologia: un capitolo speciale è dedicato alla pituitrina in ostetricia; nella terapia è dato largo svolgimento alle embriotomie (pagg. 395-482).

Una seconda parte del libro (pag. 136), dettata dal V. Aza è dedicata ai problemi ginecologici rurali; è scritta in modo piano, chiaro, pratico, prendendo spunto dagli argomenti che possono interessare il medico generico.

Nell'insieme quindi è un'opera raccomandabile al pratico: la facilità con cui la lingua spagnuola può esser compresa fra noi potrà concorrere ad assicurare la diffusione del libro pure in Italia.

p. g.

B. KRÖNIG-O. PANKOW. *Geburtshilflicher Phantorn Kurs.* Terza ediz., pag. 94. J. Springer, Berlino. Legato: M. o. 5.80.

Edizione e legatura civettuola, carta patinata, presentano già piacevolmente il piccolo testo, curato ora e rinnovato nella terza edizione dall'allievo del Krönig, prof. Pankow. È un manualetto elementare, fatto a domanda e risposta, tipo che forse non corrisponde tanto alla psicologia del nostro studente, ma della cui efficacia didattica non si può dubitare. Un capitoletto nuovo, e l'unico illustrato, aggiunto da Pankow, si riferisce alla sutura delle lacerazioni perineali e all'episiotomia.

Il successo avuto dal libretto, testimoniato dalle molteplici edizioni, non faccia però invogliare qualche editore a fornirci una delle tante traduzioni di opere elementari, delle quali non sentiamo il bisogno, e contro cui abbiamo altre volte scritto, in nome dell'A. italiano.

p. g.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

P. A. Carriè. *Les syndromes ictériques*, vol. in-8° di pagg. 452. G. Doin & C. Paris 1930. Fr. 85.

L'opera è divisa in due parti: dapprima l'A. tratta alcuni problemi non ancora completamente definiti, come la genesi dei pigmenti biliari, il meccanismo dell'urobilinuria, il significato degli itteri dissociati, il meccanismo fisiopatologico degli itteri e la loro classificazione in meccanici, epatici ed emolitici, classificazione moderna che l'A. adotta dimostrando però anche come sovente riesca difficile far rientrare questo o quell'ittero nel quadro della classificazione.

Successivamente l'A. passa in rassegna le differenti varietà di ittero comunemente ammesse: da occlusione, da infezioni, da intossicazioni, da fragilità globulare, completando la trattazione clinica con l'indicazione dei criteri terapeutici più adatti per ogni forma, stabiliti in base alle ricerche più moderne.

A. P.

J. Troisier et R. Clement. *Les icteres infectieux*. G. Doin & C. Paris, 1930. Fr. 18.

È una piccola monografia che aggiorna completamente, in base ai lavori moderni, le conoscenze sugli itteri infettivi.

Dopo le indispensabili nozioni anatomiche, fisiologiche e patogenetiche che rimangono sempre a base della sindrome, dell'ittero infettivo, gli AA. propongono una nuova classificazione clinica, basata sul terreno etiologico. Il primo gruppo morboso rientra nel quadro della spirochetosi ittero-emorragica.

Il secondo gruppo si allontana dal quadro dell'antico ittero catarrale, poichè gli AA. con il nome di ittero comune apirettico descrivono una vera malattia a forme cliniche varie che può giungere fino all'ittero grave mortale.

Un terzo gruppo riguarda l'ittero comune febbrile ed è accuratamente distinto dal precedente e dalle infezioni tifo-paratifiche.

Gli AA. si occupano poi della sindrome itterica nelle febbri ricorrenti e nella febbre gialla, prima di passare alla descrizione degli itteri secondari; infine nel capitolo della diagnostica sono messi bene in evidenza tutti gli elementi necessari per differenziare gli itteri tossici.

A. Pozzi.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia

Seduta del 25 luglio 1930.

Presidente: Prof. A. Ferrata.

Fistole stercoracee.

E. Gioja. — L'O. fa la storia di sette casi di fistole stercoracee manifestatesi in modo apparentemente spontaneo dopo interventi per appendicectomia o per incisione di ascessi periappendicolari, su circa 250 operazioni per appendicite acuta, subacuta o cronica, eseguiti nella Clinica chirurgica di Pavia nell'ultimo quinquennio e negli ultimi sei mesi del 1930. Mette in rilievo il fatto che dei sette casi, ben cinque appartengono ad un gruppo di appendicitici acuti gravissimi ricoverati nel marzo 1930. Divide i suoi casi in 3 gruppi. Al *primo gruppo* appartengono 5 casi, pei quali l'intervento iniziale consistette nella apertura di più o meno vasti ascessi appendicolari, con o senza appendicectomia; e le cause presumibili sarebbero, secondo l'O., l'azione distruttiva del processo suppurativo sulla parete intestinale, l'azione traumatizzante dei prolungati drenaggi, la presenza di coproliti, la suppurazione tardiva di piccoli trombi settici formatisi nella parete dell'intestino.

Al *secondo gruppo* appartiene un caso nel quale si fece l'appendicectomia per appendicite acuta con ascesso retrocecale, in individuo affetto da peritonite tubercolare e viscerale diffusa, plastica.

Al *terzo gruppo* infine appartiene un caso nel quale la fistola conseguì ad un flemmone stercoraceo della parete, formatosi a parecchi mesi di distanza da una appendicectomia e cecoliberazione per appendicite cronica con membrane pericecali, seguita da guarigione regolare.

Poichè in nessuno di questi casi le fistole dimostrarono tendenza alla guarigione spontanea, e i soliti tentativi — spesso a lungo protratti — per estinguerle riuscirono vani, si dovette ricorrere ad interventi operativi, praticati o attraverso la precedente breccia laparotomica, o mediante relaparotomia. Gli interventi consistettero essenzialmente in enterorrafie; con resezione abbastanza ampia del cieco in 2 casi; e una volta in una resezione di 17 cm. di ileo, seguita da anastomosi termino-terminale. Il successo fu completo in 6 casi.

L'O., stabilite le indicazioni dell'intervento, espone la tecnica seguita nei suoi casi, e richiama l'attenzione sulla difficoltà e la delicatezza di simili operazioni, per le quali una linea di condotta uniforme non può, per ragioni molteplici, essere tracciata.

Sulla presenza di elementi istioidi nel liquido di bolla in alcune dermatosi.

A. Fieschi e F. Flarer. — L'osservazione del contenuto di bolle in alcune dermatosi bollose (dermatite erpetiforme) ha mostrato, se pure in modo non costante, la presenza di elementi in funzione macrofaga.

Per accertare la presenza di elementi istioidi in altre dermatosi si sono provocate bolle artificiali e si è proceduto per l'identificazione delle cellule a colorazioni vitali.

L'esame di varie categorie di dermatosi ha mostrato da un lato la possibilità di tale reperto e sopratutto in forme sistematiche granulomatose, dall'altro lato il polimorfismo degli elementi epiteliali e degli stessi elementi istioidi.
Ne vengono fissati e descritti i caratteri differenziali.

Il comportamento del reticolo-endotelio del midollo osseo nella atrofia mieloide progressiva.

P. INTROZZI. — L'O. dopo aver messo in luce l'importanza che ha il sistema reticolo-endoteliale nella isto-patogenesi delle emopatie, ricorda il quadro anatomo-istologico del midollo osseo nella mielosi globale aplastica, che, secondo l'O., si potrebbe anche chiamare col nome di *atrofia mieloide progressiva*, denominazione questa che forse meglio corrisponde al concetto anatomico e al concetto del decorso clinico.
Studiando anatomo-istologicamente il midollo osseo di un caso di atrofia mieloide progressiva, nel quale furono praticate prima del decesso ben nove trasfusioni di sangue, l'O. ha osservato la presenza in discreto numero di questi elementi cellulari: in base ai loro caratteri morfologici, che corrispondono a quelli indicati da Di Guglielmo, e sopratutto in base alla spiccatissima attività fagocitaria in essi provocata dalle profuse trasfusioni di sangue, l'O. ritiene di poter affermare che quegli elementi che sopravvivono nel midollo osseo nella atrofia mieloide progressiva, si debbono effettivamente considerare elementi di natura istiocitaria, elementi cioè del reticolo.

Sulla diffusione dell'anchilostomiasi in provincia di Pavia.

G. CALLERIO. — L'O. presenta una statistica di 18 individui affetti da anchilostomiasi ricoverati nell'Istituto di Patologia Medica negli anni 1929-30 provenienti da paesi della provincia di Pavia, ed aggiunge alcune considerazioni di ordine epidemiologico, clinico e terapeutico su questa forma morbosa.

Ricerche sul batteriofago nel tifo.

G. CALLERIO e G. SCHIANTARELLI. — Gli OO. hanno ricercato il batteriofago nelle feci di 21 ammalati di tifo: esso fu ritrovato in tutti i pazienti esaminati durante il secondo e terzo settenario e nei primi giorni della convalescenza mentre la ricerca è stata negativa dopo il 25° giorno dallo sfebbramento.

Sui rapporti fra idremia e diuresi nei soggetti normali e nei soggetti edematosi.

G. PELLEGRINI. — L'O. ha studiato le variazioni dell'idremia della pressione colloido osmotica e della diuresi dopo iniezioni endovenose di Ur. s. di soluzione di acqua fisiologica in soggetti normali ed in soggetti edematosi da malattie del cuore, del fegato e del rene. Ha osservato che nei soggetti normali l'idremia così provocata dura 25-30' contemporaneamente e parallelamente ad essa si ha poliuria. Negli edematosi l'idremia dura molto più a lungo, oltre 5-6 ore in alcuni casi, mentre la diuresi aumenta in modo insignificante. Dopo bevuta l'O. ha osservato un comportamento sostanzialmente analogo. Ne deduce che negli edematosi, per forme morbose simili alle studiate, è diminuita la capacità del rene di eliminare acqua durante l'aumento dell'apporto idrico testimoniato dall'idremia.

I germi contenuti nell'aria soprastante a Pavia studiati dal velivolo.

A. BACCAREDDA. — L'O. comunica di aver eseguito esami bacteriologici dell'aria soprastante alla città di Pavia e alla campagna adiacente servendosi del velivolo, mezzo che offre notevoli vantaggi, in confronto dell'areostato, in rapporto all'esattezza delle osservazioni. Risultati preliminari.

Contributo allo studio delle alterazioni delle isole di Langherans.

P. LOCATELLI — In cavie venute a morte per infezioni o intossicazioni varie ho potuto osservare gravi ed estese alterazioni delle cellule costituenti gli isolotti di Langherans (picnosi dei nuclei, disfacimento granulare del protoplasma). Il tasso glicemico negli animali infetti presenta interessanti, ma non gravi deviazioni dalla norma.

Il Segretario: F. RICCI.

Ospedale Maggiore - Bologna

Seduta del 10 luglio 1930.

La globinorrachia.

Dottori C. L. EMILIANI e A. SIMILI. — Gli OO. sulla scorta di analoghe osservazioni fatte per primo da F. Franchini nella urina di emoglobinurici, hanno riscontrato che l'aumento dei proteici dei liquidi cefalo-rachidiani, inquinati da sangue, come quelli ad es. delle emorragie cerebrali e meningee, delle compressioni midollari per tumore o per Pott, delle fratture vertebrali, ecc. ecc. è dovuto in gran parte non a siero-albumina e siero-globulina, bensì a globina. La qual sostanza, che chimicamente è un istone e che costituisce il componente proteico della emoglobina, da questa si libera — come l'ematina — dopo la lisi degli eritrociti ed aumenta così di sè (spesso in misura assai elevata) il tasso dei proteici del liquor. Essa, talvolta, si cela sotto l'aspetto incoloro del liquido cefalo-rachidiano per essersi la ematina o riassorbita del tutto o forse anche trasformata in composto scolorato, come talora si vede accadere in vitro. Resta allora la globina da sola, la quale è quasi incolora e spesso resta a lungo ultimo vestigio di una emorragia. Il valore diagnostico della ricerca è notevole appunto per questo. Esso ha, per esempio, permessa la diagnosi di emorragia cerebrale (constatata poi all'autopsia) in malati i cui liquor limpidi e appena xantocromici o del tutto scolorati la contenevano in misura elevata (1 ‰), liquor che perfino non davano neppure le reazioni chimiche del sangue. Perciò in tutti i liquidi cefalo-rachidiani la globina deve essere ricercata e la sua presenza non deve, per esattezza, essere indicata con il nome di albumina. Gli OO. mostrano varie preparazioni di globina pura ottenuta col metodo di Hoppe-Seyler, semplificato alquanto senza però danno del risultato; e le relative reazioni. Fanno osservare che la confusione

della globina con le albumine e globuline accade perchè le reazioni che comunemente si fanno per ricercare e dosare le proteine del siero sono quasi tutte, fino ad una certa fase, comuni anche alla globina (per esempio acido acetico più ferrocianuro di potassio, acido nitrico a freddo, acido solfosalicilico a freddo) per differenziare la quale bisogna proseguire con accorgimenti speciali; per esempio il precipitato di globina ottenuto a freddo con acido nitrico (non eccedere con l'acido!) e meglio con il solfosalicilico si scioglie al calore e riprecipita a freddo, ridisciogliendosi a caldo e ripricipitando a freddo indefinitamente e con bellissima evidenza. Qualche altra reazione è invece diversa fin da principio; per esempio, una soluzione di globina riscaldata non s'intorbida punto oppure può dare un intorbidamento che si scioglie in presenza di minime tracce di acido acetico. Inoltre perchè le reazioni della globina siano così evidenti è indispensabile che la globina venga preparata in soluzione il più che sia possibile priva di sali e neutra, donde la difficoltà di dimostrare queste proprietà della globina senza preparazioni speciali in quei liquidi organici ricchi di sali e non neutri come l'urina.

FRANCHINI F. — Elogia il dott. Simili per avere accuratamente preparata la globina semplificando il metodo classico di Hoppe-Seyler e per averne mostrate le proprietà. Ricorda che la presenza di questo corpo nell'urina degli emoglobinurici da freddo interpretato come siero-albumina e siero-globulina ha fatto inferire erroneamente che essa fosse l'espressione di una lesione renale che si producesse durante l'accesso.

Appunti sull'anestesia sacrale epidurale.

Dott. G. ZAMPA. — Dopo esposto i concetti generali sulla tecnica, sul territorio di analgesia, e sulle indicazioni della anestesia epidurale sacrale, l'O. fa notare come a torto questo metodo sia troppo scarsamente eseguito e poco preso in considerazione. Aggiunge che buona parte degli insuccessi è dovuta a tecnica difettosa. Essendosi reso conto delle scarse difficoltà tecniche e delle varie ragioni degli insuccessi, i quali, anche con buona tecnica, raggiungono l'8-10 per cento, ritiene che l'anestesia epidurale debba essere il metodo di scelta in tutte le operazioni sui genitali esterni, sul perineo, sull'ano, e sopratutto sulla prostata, dove può dare risultati eccellenti, in ispecie nei vecchi prostatici in condizioni cardiovascolari e renali sempre assai compromesse. Riportandosi agli autori che l'hanno largamente usata nell'ipertrofia della prostata, l'O. riporta 39 casi di epidurali eseguite per diverse operazioni sul perineo e sulla prostata con tre insuccessi. In quattro casi di prostatectomia perineale questa forma di anestesia è apparsa nettamente superiore alle altre, in genere, per la sua semplicità e per l'assenza quasi assoluta di fenomeni tossici secondari. Egli usa 40 ctgr. di tutocaina in soluzione acquosa all'1 % senza aggiunta di adrenalina e consiglia di attendere circa mezz'ora prima di cominciare l'operazione.

La pielografia endovenosa.

Dott. S. ZANETTI. — L'O. che ha praticata in 20 malati degli organi urinari la pielografia endovenosa con Uroselectan. Utile nei casi in cui non si può fare la pielografia ascendente (bambini, soggetti in età avanzata, ostacoli meccanici al cateterismo, ematuria ecc.) essa è più accetta ai malati e offre il vantaggio di dare reperti in combinazione anatomica e funzionale. Controindicazioni vere e proprie il metodo non ne ha. Può mostrare qualche inconveniente (notato dall'O.) come ad es. uno spasmo tale della vena, durante l'iniezione, per cui il liquido cessa dall'entrare in circolo; dolori lungo l'arto; qualche fenomeno di intolleranza — osservato in 2 casi — dovuto con molta probabilità a piccola parte di jodio liberatosi dal preparato. L'O. dice che se con l'Uroselectan non si hanno pielografie di evidenza pari a quelle per via ascendente, ciononostante il pielogramma, sapendolo ben leggero, è ugualmente utile. Esso poi ha il vantaggio di mostrare le vie urinarie nel loro aspetto fisiologico e non in quello modificato ad arte con le sostanze introdotte sotto pressione. E poi l'Uroselectan non toglie che si faccia anche la pielografia ascendente; anzi a questa si deve ricorrere quando restino dubbi che si supponga sieno eliminabili con la vecchia indagine. L'O. mostra infine il risultato di alcune ricerche relativamente facili e rapide, che egli mercè precipitazione, con acidi forti, dell'Uroselectan eliminato con le urine ha ottenuto e col quale crede di poter integrare i giudizi sulla funzionalità renale dei 20 infermi da lui osservati.

Il Segretario: C. L. EMILIANI.

COMMENTI.

Al 2º Congresso internazionale sulla malaria.

In merito al resoconto pubblicato nei N.i 30 e 31, il prof. D. Ottolenghi di Bologna ci scrive per rilevare che:

1) egli rappresentava il Consiglio Nazionale delle Ricerche e come tale gli competeva un posto più alto di quello assegnatogli, nell'ordine di precedenza, dal nostro resoconto...; ma a tale riguardo dichiariamo che, nel nominare gl'intervenuti, non abbiamo seguito alcun ordine protocollare;

2) è stata omessa una sua comunicazione; per altro questa era sfuggita all'attenzione dell'Ufficio di Segreteria;

3) la Scuola di Patologia Coloniale dell'Istituto di Patologia Tropicale di Bologna è attualmente diretta dal prof. G. Viola; ne prendiamo atto.

La comunicazione cui si riferisce il prof. Ottolenghi riguardava la farmacoprofilassi della malaria. Facendo seguito a precedenti ricerche, egli ha accertato che la somministrazione quotidiana o bisettimanale di chinina o di plasmochina semplice o di plasmochina composta, per la durata di tre mesi, valeva a tener sospesa l'infezione terzanaria od estivo-autunnale, conferita a più riprese per mezzo di zanzare. Cessata la somministrazione dei farmaci, comparvero degli accessi febbrili, talvolta mitissimi ma sempre con parassiti circolanti, tra cui le forme sessuali. Emerge all'evidenza l'interesse di tali ricerche, così dal punto di vista dottrinale come nel campo pratico; quindi ben volentieri ripariamo all'involontaria omissione. V.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il significato clinico della sierodiagnosi della gonorrea.

Sull'argomento delle sierodiagnosi della blenorragia le opinioni degli autori sono ancora molto discordi. Blumenthal (*Deut. med. Woch.*, n. 25, 1930) riassume e coordina i risultati ottenuti sinora dai vari sperimentatori, cercando di trarne delle conclusioni pratiche dal punto di vista clinico. La positività della deviazione del complemento si avrebbe in media dopo la 2ª o la 3ª settimana dall'infezione. Una sieroreazione positiva più precocemente dovrebbe piuttosto far pensare a una recidiva. Le forme non complicate danno in media il 30-60 % di positività, percentuale che aumenta sensibilmente nelle complicazioni, per raggiungere quasi il 100 % nelle forme setticometastatiche.

Importanza speciale, per le diagnosi di guarigione, avrebbe il poter fissare il momento in cui la reazione ridiventa negativa, ma specialmente su questo punto sono divergenti le opinioni degli autori. Qui naturalmente bisogna fare una distinzione tra gli ammalati nei quali la reazione non è stata mai positiva e quelli nei quali invece è passata alla negatività dopo un periodo più o meno lungo di positività. Nei primi naturalmente la reazione negativa non può essere in nessun modo presa a sostegno della diagnosi di guarigione, nei secondi invece rappresenta un argomento non trascurabile che va però considerato nel complesso dei fatti clinici e batteriologici. Non si dimentichi d'altra parte che trattandosi, a differenza della reazione di Wassermann, di una reazione specifica antigene-anticorpo non è a priori escluso che anticorpi possano, anche per la durata di anni, permanere nell'organismo del paziente dopo la scomparsa dell'agente patogeno. M. MONACELLI.

L'intradermoreazione nella linfogranulomatosi inguinale.

Nicolas, Favre e Lebeuf (*Journ. de méd. de Lyon*, n. 249, 1930) hanno compiuto numerose intradermoreazioni in linfogranulomatosi inguinali, usando o l'estratto glicerinato dei gangli linfatici (disseccati prima, poi conservati in glicerina, indi tritati al mortaio con soluzione fisiologica un momento prima dell'applicazione) o l'antigene tipo Frei (pus prelevato dai gangli, diluito in soluzione fisiologica e scaldato 2 volte, per un'ora, a 60°).

Le reazioni che si ottengono possono assumere la forma papulosa, la papulo-vescicolare, la papulo-pustolosa e la suppurativa.

I due antigeni hanno dato risultati paralleli: su 14 casi la reazione è stata 13 volte positiva.

Lo stato di sensibilizzazione sembra insediarsi 3 settimane dopo l'inizio della malattia, e durare indefinitamente.

La vaccinazione specifica non modifica in nessun modo il comportamento di queste reazioni. V. SERRA.

CASISTICA.

La polvere della casa quale causa di asma.

L'importanza della polvere della casa nella patogenesi dell'asma fu messa in evidenza dagli autori americani fin dal 1921, e della fondatezza di tale ipotesi fanno fede sia le cutireazioni positive, sia la presenza di sostanze antiallergiche nel sangue, nei soggetti sensibilizzati.

W. Storm van Leeuwen e J. J. Brutel de la Rivière (*Münch. Med. Woch.*, n. 24, 14 giugno 1929) esaminano il problema dal punto di vista terapeutico.

In linea generale si può ritenere che il contenuto allergico della polvere domestica varia a seconda delle località, essendo maggiore in quelle umide con livello d'acqua sotterranea alto, piuttosto che in quelle secche, con fondamenta di sabbia, ghiaia, roccia, e basso livello di acqua. L'esperienza ha infatti provato che la polvere prelevata in località alta sul livello del mare ha un contenuto allergico minore, e così pure che gli estratti delle polveri provenienti da case poste su fondamenta sabbiose danno reazioni cutanee negli asmatici meno intense che quelle provenienti da località argillose.

La spiegazione del diverso comportamento potrebbe essere fondata sul fatto che l'allergene della polvere di casa non sia altro che un prodotto di microorganismi, i quali si svilupperebbero più facilmente negli ambienti del primo tipo considerato.

Un miglioramento del malato si può intanto avere sia cambiando abitazione, sia, quando ciò non è possibile, migliorandone i caratteri con opportuni provvedimenti. Il trattamento vero e proprio sarà poi fondato su metodi di desensibilizzazione specifica e non specifica.

Tralasciando quest'ultima, comune a tutte le forme di manifestazioni anafilattiche, gli AA. mettono subito in rilievo il fatto che la desensibilizzazione specifica, eseguita nell'ambiente stesso ove il paziente alloggia, provoca in genere dei peggioramenti.

La cura eseguita invece in una clinica o in alta montagna è ricca di resultati favorevoli.

Le modalità di preparazione degli estratti di polvere domestica, da usare a scopo diagnostico (intradermoreazione) e curativo, sono precisati dagli AA., secondo i quali il valore rimane inalterato per ogni nazione, sì da farne ritenere l'impiego pressochè universale, nei soggetti sensibilizzati verso questo speciale antigene. M. FABERI.

Morte nel corso d'un accesso d'asma.

Per quanto la maggior parte degli AA. abbiano ripetutamente affermato che l'asma non è mortale e che anzi la prognosi ne è molto benigna, pur tuttavia di quando in quando viene segnalato qualche caso di morte nel corso di un accesso di asma bronchiale.

Pasteur Vallery-Radot e G. Maurice ne hanno recentemente riferito uno nella seduta del 2 maggio 1930 della Société Médicale des hôp. de Paris (*Bull. et Mém.*, n. 15).

Si trattava di una donna di 40 a. nella quale le crisi di asma bronchiale erano insorte durante l'inverno 1927-28; esse, da prima lontane, divennero in seguito molto ravvicinate. Nella seconda metà del 1929 avevano però diminuito di intensità e di frequenza.

All'ingresso in ospedale (28 sett. 1929) lo stato generale della p. non era tale da dare inquietudine e l'esame clinico non rivelava alcuna lesione polmonare o cardiaca importante.

La morte della malata sopraggiungeva durante un accesso iniziatosi il 30 sett. 1930 e durato 26 ore. Nessun medicamento era valso ad attenuare la dispnea.

Non essendo stato possibile fare l'autopsia, gli AA. si mantengono sul terreno delle ipotesi circa le cause della morte. Poichè non vi fu cianosi e la dispnea restò fino alla fine asmatica tipica, essi scartano la morte per asfissia ed indicano invece una improvvisa insufficienza del miocardio.

Tale ipotesi sarebbe confermata dalle modificazioni del polso durante l'attacco: esso da prima piuttosto raro e regolare era andato a mano a mano facendosi frequente, piccolo e aritmico per presenza di estrasistoli.

VICENTINI.

L'anafilassi nell'emofilia.

Vines nel 1921 trovò casualmente che il tempo di coagulazione del sangue di un emofiliaco, trattato terapeuticamente con siero di cavallo, diminuiva in maniera sensibile. In seguito riferì 3 casi egualmente favorevoli, e dopo di lui C. A. Mills ne riportò degli altri.

Il metodo consisteva nel sensibilizzare il soggetto emofiliaco verso il siero di cavallo, provocando poi l'anafilassi con successiva iniezione di piccole dosi del siero stesso.

H. H. Riecker e D. E. Lichty (*The Journ. of Lab. and Cl. Med.*, vol. XIV, n. 8, maggio 1929) hanno voluto applicarlo in un caso di emofilia capitato sotto la loro osservazione, ma il resultato fu quasi nullo, diguisachè non è stato loro possibile confermare le vedute degli AA. precedenti.

M. FABERI.

Litiasi salivare.

La bocca è la cavità del nostro organismo dove con abbastanza frequenza possono riscontrarsi dei calcoli, i quali possono rivestire quattro tipi: 1) quelli che si sviluppano al livello delle glandole salivari e dei loro condotti escretori; 2) quelli che si originano nelle pareti della guancia nel fondo delle ghiandole mucose (rari); 3) quelli che si producono tra il dente e la gengiva (frequenti); 4) quelli che si depositano negli apparecchi di protesi.

La costituzione è identica per tutti, essendo formata principalmente da fosfati e carbonati terrosi, ed alcune volte da ossalati di calcio.

In ognuno, si può distinguere una parte organica ed una inorganica. Capitale importanza per la formazione dei calcoli ha l'igiene della bocca: il ristagno della saliva, i residui alimentari, le gengiviti, le stomatiti sono tutte condizioni che favoriscono la precipitazione dei sali di calcio. Così pure la presenza di corpi duri (i denti, naturali od artificiali) in una cavità bagnata costantemente dalla saliva, favorisce il ristagno di sostanze insolubili, intorno alle quali si forma il nucleo precipitante delle meno solubili.

Fra le ipotesi ammesse per la litiasi salivare, quella più accetta è stata quella di Galippé, secondo la quale tutte le calcificazioni patologiche sono di origine parassitaria.

Tale teoria è confermata dalla formazione « in vitro » di precipitati nella saliva stessa e clinicamente è stato potuto vedere che il tartaro salivare è una sostanza vivente. Intorno ad un nucleo organico, formato da microorganismi o da cellule epiteliali invase dai microbi, si costituisce una sfera per il deposito dei sali terrosi. Per Vignal, i batteri responsabili del tartaro sono lo « spirillum sputigenum » e il « vibrion regula » e le altre specie che producono l'acido lattico.

Fra le altre opinioni esposte, la concezione, emessa da Hulin, è quella che pure va acquistando sempre più importanza. Secondo Hulin, la saliva contiene albumina del gruppo delle globuline, molto sensibili alle modificazioni di concentrazione della medesima, che non è altro che una soluzione diluita di cloruro di sodio. Le globuline sono precipitate dalla sua soluzione per aggiunta di acqua o di un ione H, anche in piccolissima quantità. Le fermentazioni boccali che producono acidi deboli sarebbero sufficienti a determinare la loro precipitazione e la formazione di calcoli.

Venendo ora a considerare il primo tipo di calcoli, quelli delle glandole salivari, si vede che le ghiandole sottomascellari e i loro condotti sono quelle più frequentemente affette, sia per il ristagno della saliva, sia per la grandezza del dotto di Wharton. Grande importanza hanno pure le particelle di tartaro, distaccantesi dagli incisivi inferiori, luogo di predilezione, anche nelle bocche bene curate. I corpi estranei (spine di pesce, ossa di frutta) si fermano con facilità sotto la lingua e possono introdursi nel condotto.

Nella statistica di Closmadene si trovano 11 casi di calcoli del condotto di Stenone e 101 del condotto di Wharton, dalle statistiche di

Buchwald e Wenzel si ha 61 % di calcoli nel dotto di Warthon e nella ghiandola sottomascellare, 20 % nella parotide e nel dotto di Stenone e 18 % nella glandola sublinguale.

La litiasi salivare è più frequente nell'uomo che nella donna; l'età adulta sembra favorirla.

La sintomatologia è pressochè la stessa, qualunque sia la ghiandola o il condotto affetto, solo varia per la sede. Quasi sempre inizia la scena il gonfiore intermittente a livello della ghiandola rispettiva, specie all'ora del pasto o alla semplice vista dei cibi; la tumefazione è uniforme e depressibile, e scompare dopo qualche ora; sono i primi segni della ritenzione salivare. Altre volte il gonfiore si accompagna a dolore, a tipo colico; in alcuni casi si può notare la mancanza della fuoriuscita del liquido dai rispettivi orifici, in altri invece si vede fluire un liquido sieropurulento. Con l'esplorazione bimanuale si può apprezzare il corpo estraneo e con una sonda toccare la sua superficie.

Il trattamento consiste nella estrazione del calcolo, previa incisione del condotto o della ghiandola, seguìta da sutura. Alcune volte può rendersi necessaria l'estirpazione parziale della ghiandola, specie quando vi è degenerazione del parenchima ghiandolare.

Il secondo tipo di litiasi boccale è quello che si forma nel fondo delle ghiandole che tappezzano la mucosa, sopratutto al livello delle guancie e delle labbra. La diagnosi è facile e basta ampliare un po' l'apertura per estrarre il calcolo.

Il terzo tipo di litiasi boccale è quello che si forma intorno ai denti, ossia quello che si chiama il tartaro dentario. Esso può crescere indefinitamente, sino a volte a raddoppiare il volume dei denti, specie quando si deposita allo sbocco delle ghiandole salivari, sulla parte linguale degli incisivi inferiori, sulla faccia vestibolare dei molari superiori.

Il tartaro è oltremodo nocivo alla vita dei denti ed in certo qual modo anche all'organismo intero, per la doppia attività meccanica e settica. Si determina infatti una gengivite più o meno accentuata, che favorisce l'impianto della piorrea alveolare con la perdita prematura dei denti. Queste gengiviti costanti inoltre determinando un punto di minor resistenza nella bocca, punto più settico di tutto il nostro organismo, costituiscono un focolaio di eliminazioni di prodotti dannosi. La profilassi quindi è il miglior trattamento, ad ogni modo la tartrectomia praticata da un buon odontoiatrico completa la cura.

Il quarto tipo infine di litiasi salivare è quella che si forma sugli apparecchi di protesi: essa ha importanza in quanto aumenta la setticità boccale, potendo provocare ulcerazioni della mucosa; la sua profilassi si limita all'uso di un buon spazzolino ed eventualmente all'uso di qualche acido diluito che disciolga i calcoli perfettamente. A. P.

TERAPIA.

Il trattamento dell'anemia secondaria.

Fra i diversi problemi terapeutici che il pratico si deve porre davanti ad un caso di anemia secondaria, R. L. Haden (*The med. herald*, maggio 1930) considera i seguenti:

Anemia acuta emorragica. La perdita improvvisa di un terzo della massa totale del sangue porta alla morte, a meno che esso non sia subito reintegrato; invece la perdita graduale di due terzi della massa (p. es. in 24 ore) può non essere fatale, perchè il liquido viene man mano sostituito.

Il trattamento di questa forma va diretto alla sostituzione del volume; la soluzione fisiologica può avere un certo valore, almeno temporaneamente; raramente si potrà ricorrere, nei casi d'urgenza, alla soluzione di gomma arabica, di più alta viscosità. Il trattamento di scelta è, evidentemente, la trasfusione, che è assolutamente necessaria quando siano stati perduti due litri di sangue e vi siano pressione persistentemente abbassata ed altri segni di deficienza cardiaca.

Anemia da emorragie croniche. Si osserva specialmente nelle emorragie uterine o da emorroidi. Oltre alla rimozione della causa si impone anzitutto il riposo in letto, che è anche necessario per poter mettere il paziente in buone condizioni per sopportare l'operazione. Assai utile è la somministrazione di ferro (citrato o cloruro) a dosi elevate, specialmente se vi è un basso indice emoglobinico. Se questo è ridotto fino a 50, il riposo, il ferro e la dieta adatta sono sufficienti; quando invece la riduzione va al disotto di 50, è indicata la trasfusione. Per quanto riguarda la dieta, si tenga presente che, più che qualsiasi sostanza specifica, è importante per essa di essere completa; il fegato non ha, per queste forme, la stessa importanza che nell'anemia perniciosa, sebbene esso costituisca un'ottima sorgente di ferro. Fegato e rene sono gli alimenti più utili, vengono in seguito i vegetali a foglie, le albicocche, le prugne, l'uva; da ultimo il pesce, il latte ed i suoi prodotti, il pane.

Anemia carcinomatosa. Il trattamento della anemia passa in seconda linea ed è il più spesso inefficace; può soltanto essere utile come preparazione per l'operazione. In questi casi l'anemia è dovuta a deficienza della funzionalità del midollo osseo, ma può anche essere in dipendenza della perdita di sangue (carcinoma dello stomaco o del colon). Il ferro è di scarso valore, la trasfusione è una misura palliativa, ma può essere indicata come preparativo per l'operazione; importante è il somministrare una buona dieta.

Anemia delle infezioni. Dovuta ad aumento nella distruzione del sangue e, più spesso, a deficiente funzionalità del midollo osseo. Talora l'infezione non può essere del tutto eliminata (reumatismo, osteomielite), altre volte

invece, ciò è possibile (sepsi dentale). A sua volta, il decorso dell'infezione è molto influenzato dalla condizione di anemia.

La presenza di un'infezione è una ragione di più per insistere sul riposo e sulle altre misure igieniche. Di solito, si somministra il ferro, a meno che non vi sia ittero emolitico e saturazione delle emazie con emoglobina.

Di grande importanza è la trasfusione, che va usata più frequentemente di quanto si faccia. Spesso, poi, l'anemia è sostenuta dalla dieta deficiente, ed a ciò va rimediato soprattutto nelle infezioni croniche (vegetali a foglie, proteine della carne, frutta che formano emoglobina, quali albicocche, prugne, pesche).

Anemia ed intossicazioni croniche, di cui il tipo è offerto dalla intossicazione saturnina. Abitualmente è indicato il ferro, raramente è necessaria la trasfusione; importante è la dieta; se esiste nefrite cronica, le proteine della carne non sono indicate e si ricorrerà preferibilmente alle albicocche, prugne, pesche, uva.

Nelle anemie associate ad acloridria, probabilmente dovute ad intossicazioni, si ottengono buoni risultati con la tintura di jodio, l'acido cloridrico ed il ferro; spesso anche l'ipotiroidismo può essere in causa.

In complesso, di fronte ad un'anemia, il medico seguirà il seguente schema di trattamento: 1) riconoscere e rimuovere la causa; 2) riposo in letto se l'anemia è marcata; 3) somministrazione di ferro se l'indice emoglobinico è basso; 4) trasfusione, quando sia indicata; 5) dieta adatta, di cui si è già dato l'accenno. *fil.*

La topoanalgesia nel trattamento delle algie cardiache.

Risulta, da recenti ricerche, che l'anestetico portato nel territorio di proiezione cutanea dei dolori viscerali è capace di influenzarli notevolmente. Partendo da questo principio, R. Godet (*Presse méd.*, 4 giugno 1930) ha applicato il metodo alle algie cardiache, le quali sono tanto frequenti ed impressionano il paziente. L'A. usa una preparazione oleosa che contiene del salicilato di benzile (corpo definito, di cui i nuclei ciclici hanno azione analgesica) e della canfora che rinforza l'azione sedativa.

Le iniezioni vengono fatte in pieno tessuto cellulare nel punto preciso in cui il dolore raggiunge il massimo d'intensità; si introducono 5 cmc. della soluzione, avendo cura di spostare la punta dell'ago, in modo da distribuire il liquido secondo la topografia dell'algia. Se si hanno delle irradiazioni anche alla spalla, si fa anche qui un'altra iniezione.

Nella grande maggioranza dei casi, il miglioramento si è fatto sentire nelle tre prime ore, preceduto talvolta, da una sensazione di bruciore; l'indomani, ogni dolore era scomparso in 12 malati su 15 così trattati. In due malati, che avevano risentito poco effetto dalla prima iniezione si ebbero buoni effetti da una seconda praticata tre giorni dopo.

Le algie cardiache erano in alcuni casi associate a malattie organiche o funzionali del cuore, in altri non; buoni risultati si ottennero anche in casi di *angina pectoris*. *fil.*

Il salicilato di sodio nell'endocardite reumatica.

C. Caussade e A. Tardieu (*L'Hôpital*, aprile 1930) riportano l'osservazione anatomo-clinica di un individuo di 18 anni affetto da poliartrite reumatica acuta grave (secondo attacco) complicata fin dall'inizio con pancardite, infarto polmonare, versamento pericardico, frenite con singhiozzo incessante e disfagia, che rendevano difficile anche l'ingestione di liquidi, congestione pleuro-polmonare ed albuminuria (0,20 a 2/1000).

Il salicilato di sodio, a dosi medie (6-8 grammi quotidiani) e poi elevate (14-16 g.) si rivelò efficace contro la poliartrite e la febbre iniziale; ma fu impotente ad impedire l'estensione delle lesioni endocarditiche freniche e polmonari.

All'autopsia, non esistevano che lesioni cardiache recenti, sprovviste di fibrina, senza microorganismi dimostrabili, nemmeno in cultura. Ai polmoni, lesioni edematose e congestizie.

Questa osservazione rimette sul tappeto il problema controverso sulla specificità e sull'efficacia del salicilato di sodio nel trattamento delle complicazioni acute e recenti della poliartrite reumatica; in quanto che tale medicamento non avrebbe azione manifesta che sulle lesioni sierose. Fra le lesioni viscerali, specialmente le endocarditi, soltanto quelle che evolvono lentamente hanno probabilità di essere influenzate dal rimedio. *fil.*

Il benzoato di benzile come diuretico.

A. Serena (*Bull. Scienze mediche*, Bologna, 1929, fasc. I) usa da tempo il benzoato di benzile in casi di nefrite diffusa cronica, riacutizzata o non, con insufficienza renale, allo scopo di aumentare la diuresi e la quantità di urea eliminata. In un caso di nefrite postanginosa nel quale, in seguito ad una riacutizzazione la diuresi era ridotta a 400 cmc. quotidiani, questa aumentò rapidamente fino a triplicarsi, con la somministrazione del benzoato di benzile; sospendendo questo, invece la diuresi ritornava a cifre basse. Con l'aumento della diuresi, si osservava l'abbassamento a cifre normali della pressione arteriosa e la diminuzione dell'azotemia e della costante di Ambard.

Non ha mai osservato fenomeni tossici, sebbene abbia usato dosi relativamente alte e continuate per qualche mese ininterrottamente. L'assuefazione al farmaco è scarsa e tardiva. *fil.*

VARIA.

La funzione sociale della prostituzione.

La prostituzione è un fenomeno tutto umano; essa non si verifica in nessuna specie animale. E' un prodotto della civiltà. A misura che l'istinto sessuale si sublima, a misura che la morale ed il diritto contengono entro limiti più o meno ristretti l'amore, la prostituzione si sviluppa.

È una valvola di sicurezza che lascia sfuggire quanto di primitivo c'è nella funzione amorosa, una cloaca nella quale si versa tutto quanto d'impuro e di bestiale rimane nell'erotismo.

La prostituzione che abbassa la donna al di sotto della bestia finisce per essere un elemento purificatore dell'amore.

Il meretricio è esteticamente ripugnante, socialmente pernicioso perchè alimenta la delinquenza, può riuscire igienicamente nefasto perchè diffonde le malattie veneree.

Ma di fronte a questi caratteri negativi, ne ha uno positivo: quello di concorrere alla difesa della morale sessuale ed alla salvaguardia delle famiglie.

Certo la prostituzione è una conseguenza dei limiti, forse eccessivi, posti dalla morale all'attività sessuale, ed a sua volta è una salvaguardia della morale stessa.

Gli impulsi erotici incoercibili dei giovani trovano nella venere mercenaria il facile mezzo di soddisfazione. Se questo non fosse possibile gli impulsi stessi avrebbero estrinsecazioni più o meno violente o perverse e certamente contrarie all'attuale organizzazione della famiglia.

I più grandi legislatori lungi dal combattere la prostituzione si sono preoccupati di regolarla se non addirittura di incrementarla.

Solone ricevè il plauso di tutta la Grecia per avere arrestato l'incremento degli stupri e della sodomia con la costituzione del dicterion, nel quale le schiave dovevano darsi per un obolo.

Del resto in tutta la Grecia antica le prostitute godevano una considerazione meno spregevole di quella nella quale sono tenute oggi e funzionavano da sacerdotesse nei tempii di Venere dove più che disprezzate erano apprezzate per la loro funzione precipua, che era quella di vendere il piacere.

A Babilonia ogni donna doveva nella sua vita almeno una volta prostituirsi per danaro ad un uomo qualsiasi nel tempio di Venere.

E' con Roma che la professione di meretrice comincia a essere ritenuta infamante, senza che per questo il numero delle venditrici d'amore fosse minore che altrove.

L'indispensabilità del meretricio fu riconosciuta dalla Chiesa Cattolica. S. Agostino scrisse che se si togliessero le meretrici ogni casa umana sarebbe turbata dalla libidine. S. Tommaso affermò che la prostituzione è paragonabile alla cloaca del palazzo, tolta la quale esso diviene un luogo fetido ed impuro. S. Alfonso scrisse: « Tolte le meretrici ne verrebbero peccati peggiori, come di sodomia, di bestialità (accoppiamenti con bestie), di malizie (toccamenti e vellicamenti), oltre la prevaricazione delle donne oneste ».

Fatto interessante: la prostituzione assunse nel medioevo il suo massimo sviluppo durante le crociate. L'allontanamento degli uomini dalle case favorisce l'amore mercenario. Il postribolo è l'appannaggio indispensabile delle caserme e degli accampamenti. Una delle cure dei comandanti d'esercito è quella di provvedere le femmine per i bisogni delle truppe.

Del resto nel medioevo quantunque pubblicamente deplorato il meretricio era non solo tollerato ma spesso costituiva una fonte di lucro per principi e signorotti. Talvolta i postriboli venivano dati in feudo e costituivano uno dei redditi delle pubbliche finanze.

Ogni tentativo di soppressione di questa bruttura sociale è rimasta senza effetto, perchè la prostituzione è un male necessario.

E' una bruttura, una bassezza per la quale il rapporto dei sessi non avviene in seguito ad una reciproca attrazione, ma solo per la soddisfazione di una impellente necessità fisiologica da una parte e per danaro dall'altra.

E intanto questo fenomeno biologicamente immorale salvaguarda la morale.

E' la negazione della famiglia e insieme concorre al mantenimento di questa istituzione. Consente ai giovani di attendere il tempo necessario per essere in grado di mettere su famiglia.

La diffusione delle malattie veneree avrebbe dovuto dare un colpo al meretricio. Ma la paura di mali terribili non costituì alcun freno. Gli uomini continuarono a frequentare le donne pubbliche con la stessa intensità. E le premure dei governi furono rivolte sopratutto a rendere meno dannose le prostitute.

Ciò prova ancora come il meretricio sia un fenomeno che resiste a tutto.

Il guarire quindi la società di questo male non sembra per ora possibile.

Tempo forse verrà nel quale, mutati i principii informatori della morale sessuale, l'amore mercenario non sarà più necessario.

Le prostitute sono attualmente oggetto di disprezzo, e forse è una necessità sociale che così sia.

Ma coloro che sanno, non possono fare a meno di pensare con pietà, se non con riconoscenza, a queste donne che con il loro mestiere vile compiono un'importante funzione a salvaguardia della morale. *argo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La mutualità sanitaria nella provincia di Milano.

La diffusione data alle adunate mutualistiche, svoltesi in questi ultimi giorni in vari centri della Provincia, ha portato alla ribalta uno dei più importanti problemi sociali che il Regime fascista, toltolo, come tanti altri, dal torpore in cui vivacchiava, vuole risolvere con la massima solerzia. Ed al Regime fascista la mutualità deve essere sinceramente e profondamente grata.

Nel mentre numerosi organizzatori promuovono riunioni, spiegando gli scopi del nuovo inquadramento, riscuotendo ampio e generale consenso, il Direttorio della Federazione delle Mutue Sanitarie, del quale è presidente l'on. Peverelli, ha compilato lo statuto federale, il quale si compone di sedici articoli brevi, chiari, precisi, ed in tanta brevità è condensato tutto un programma di finalità, di norme, di attribuzioni, di diritti e doveri, senza retorica, ma — ciò che importa — senza lacune.

Come sorse la Federazione Provinciale Milanese delle Mutue Sanitarie Fasciste? Lo dice chiaramente e precisamente l'articolo 1: « per iniziativa della Federazione Milanese delle Cooperative e Mutue, della Federazione Provinciale del P. N. F., di quella dell'Associazione Nazionale Combattenti e dell'Unione dei Sindacati Provinciali dell'Agricoltura e dell'Industria ».

Il programma della mutualità sanitaria lo si può qualificare il riverbero di quello più vasto del Regime, rivolto alla ricostruzione totalitaria del Paese. Sempre e dovunque assistenza tecnica, materiale e morale. Vigilanza e tutela giornaliera sui ricoverati in ospedale e case di cura, affidata a visitatrici e visitatori fascisti, che al letto di dolore porteranno una parola di conforto e la sensazione che il Fascismo fa loro da scolta amorosa.

Ma ciò che oltre ad essere eminentemente umanitario è altresì molto bello e patriottico, è l'assistenza che le Mutue Sanitarie si sono prefisse di portare alle donne italiane, residenti all'estero, che vengono a sgravarsi in Patria. Assistenza larga, premurosa, gratuita alla puerpera ed al neonato, che verrà battezzato a cura della Mutua. Trascorso il periodo del puerperio, sempre la Mutua Sanitaria, faciliterà il ritorno nel paese straniero della madre e del bambino; e nel cuore di quella madre, insieme al ricordo ed alla gratitudine, fiorirà più rigoglioso il sentimento della Patria, che ai figli apprenderà ad amare, come un dono di Dio.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Appiano (*Bolzano*). — Prima condotta comunale. Stipendio L. 7500 con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità per mezzo di trasporto: se cavallo o motocicletta L. 3600, se automobile L. 6000. Indennità alloggio L. 2600. Caro viveri come per gli altri impiegati comunali. Documenti di rito. Tassa di ammissione al concorso L. 50. Scadenza 22 settembre. Chiedere avviso di concorso al Municipio.

Ascoli Piceno. — Scad. 30 sett. Chirurgo primario ostetrico; L. 8000 e 10 bienni ventes.; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.

Bari *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene di Bisceglie. Popolazione legale 39.272. Stipendio annuo L. 14.000 aumentabile a L. 21.000 per effetto di 5 aumenti quadr. del decimo dello stipendio iniziale. Obbligo di eventuali funzioni di medico di porto. Divieto libero esercizio professionale. Domande e documenti debbono pervenire non oltre le ore 12 del 30 ottobre alla R. Prefettura di Bari (Ufficio del Medico Provinciale). Per ottenere chiarimenti, bando di concorso, ecc., rivolgersi come sopra.

Bedizzole (*Brescia*). — Scad. 10 nov.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasporto, L. 150 ambulat., c.-v.; reparto a sera.

Bibbiena (*Arezzo*). — Scad. 15 ott.; 1ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; per uff. san. lire 1100; c.-v.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.

Bisceglie (*Bari*). — Uff. sanit. (V. Bari).

Castions di Strada (*Udine*). — Medico chirurgo. Stip. 9.000; serv. att. 500; Uff. san. 800 c. v. di legge. Indennità trasporto. Scad. 15 settembre. Documenti e informazioni Municipio.

Citerna (*Perugia*). — Stipendio annuo lordo L. 8000, con quattro aumenti quinquennali, più L. 600 pel servizio attivo e L. 1200 per indennità supplettiva di servizio. Caro viveri. Pel mezzo di trasporto L. 4000 se auto o L. 2000 se bicicletta. Età mass. anni 35. Scadenza 30 ottobre.

Enna. — Scad. 20 sett.; direttore del dispensario celtico comunale; L. 3000; età lim. 25-40 a.

Monteu Boero (*Cuneo*). — Scad. 20 sett.; con S. Stefano Boero; L. 9000 e 5 quinquenni, oltre L. 4000 trasp. e L. 600 uff. san.

Morgongiori (*Cagliari*). — Scad. 15 sett.; lire 9500, oltre L. 500 uff. san., c.-v.

Osimo (*Ancona*). — Al 28 sett., condotta di città; L. 8000 e c.-v.; chiedere bando.

Pralormo (*Torino*). — Medico condotto. Stipendio iniziale L. 8.000. Scad. 12 ottobre. Condizioni Segreteria Comunale.

Roma. *Ministero Comunicazioni*. — Per titoli posto Medico Reparto Ferrovie Stato. Reparto Orte. Linea Civitavecchia-Orte. Residenza Orte Città o Orte Scalo Ferroviario. Domanda e documenti Ispettorato Sanitario Ferrovie. Scad. ore 17 del 30 settembre.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Raiano, Foligno III, Varano (Ancona); Otranto (Bari); Lavino, Fidenza I (Bologna); Lentini III, Piazza Armerina (Catania); Signa (Firenze); Menfi (Palermo); Catanzaro II (Reggio Calabria); Orte I (Roma); Paola I (Salerno); Potenza II (Taranto); Montiglio Murisengo (Torino); Gorizia Centrale (Trieste); San Donà di Piave, S. Martino Buonalbergo (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi) Scadenza 30 settembre.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 12 tenenti medici in servizio permanente nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Età massima 30 anni al 20 agosto. Domande in carta da L. 5; dovranno pervenire al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei servizi Militari - Divisione Stato Giuridico) entro il novantesimo giorno dalla pubblicazione della notificazione di concorso sulla « Gazzetta Ufficiale del Regno ». Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina ed alle direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena, alla Direzione dei Servizi Sanitari della R. Marina di Napoli ed a quella dell'Infermeria di Brindisi.

S. GIORGIO FILIPPO (*Sondrio*). — Scad. 15 sett.; L. 8500 per 500 pov.; addizion. L. 5; c.-v.; trasferte L. 670; per uff. san. L. 400; cavalc. L. 3500; quinquenni del decimo.

SANT'EUSANIO DEL SANGRO (*Chieti*). — Condotta unica medico-chirurgica. Stipendio L. 9500 aumentabile di un decimo per 5 quadrienni. Indennità, quale Ufficiale Sanitario, L. 500. Il capitolato è a disposizione dei concorrenti presso la Segreteria Comunale. Scadenza 11 ottobre.

TERNI. *Ospedale Civile.* — Per titoli ed esami. Posti di Medico Primario Direttore, Aiuto chirurgo e tre Assistenti Medici-Chirurghi; stipendi annui lordi rispett. L. 12.000 più L. 1100 ind. serv. attivo e L. 3000 assegno di direzione; L. 7000 più L. 1100 ind. serv. attivo; L. 4000 più L. 1100 ind. serv. att. Scadenza 1° ottobre. Per chiarimenti e presentazione domande e documenti rivolgersi Congregazione di Carità.

TORRICELLA SABINA (*Rieti*). — Scad. 15 sett.; L. 10.500 oltre L. 400 uff. san., L. 2600 trasp.; età lim. 40 a.

TREDOZIO (*Forlì*). — L. 11.000 con un massimo di aumento per ogni biennio di servizio eff. fino a un massimo di dieci bienni del ventesimo. Ind. caval. L. 2500. Scad. 15 settembre.

TRENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Rovereto; L. 11.000 e 5 quadrienni di L. 1000, serv. att. L. 2000; compensi e incarichi retribuiti. Età lim. 45 a. Scad. 6 ott.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 1200 direz. Ospedale, c.-v., 5 quadrienni dec., L. 2500 cavallo o automob.; età lim. 40 a.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

In questi giorni si è tenuto a Copenhagen un Congresso internazionale di dermosifilopatia, il primo dopo la grande guerra, prima della quale, e proprio nel 1912, fu radunato l'ultimo a Roma.

Questa circostanza ha fatto sì che il concorso è stato notevole e cioè di un migliaio di dermatologi di tutte le nazionalità e continenti. Molto piacevole per noi italiani fu la constatazione che l'Italia ne ha mandati più di una trentina, fra i quali diversi direttori di Cliniche universitarie, primari di ospedali e cultori delle specialità: notevoli i proff. Bosellini, Truffi, Pasini, Serra, Verotti, Tommasi, Monacelli, Engel, Montesano, Ciambellotti, Artom, Cattaneo, Freund, Porcelli, Tedeschi, De Favento, Castelli, ecc., cui facevano corona le signore e signorine loro le quali hanno portato una nota di leggiadra signorilità tutta italiana.

I lavori del Congresso si sono svolti durante quattro giornate con la trattazione di molti interessanti argomenti, dopo l'apertura solenne del Congresso che fu fatta alla presenza di Re Cristiano e delle alte cariche dello Stato.

Dei temi trattati ebbero speciale discussione l'eczema e la lue sperimentale. Per questo ultimo argomento era relatore il prof. Truffi. La sua relazione e le notevoli comunicazioni degli altri congressisti italiani interessarono vivamente l'uditorio che apprezzò il contributo portato dalla rappresentanza italiana alla riuscita scientifica del Congresso.

Il Comitato danese di organizzazione è stato oltremodo largo di ospitalità ai congressisti cui furono dati solenni e sontuosi ricevimenti. Le feste sono state chiuse con una gita offerta dalla Società danese di Dermatologia lungo la costa dell'Oresund e una colazione all'Hôtel Marienlyst sulla riva del Kattegat.

6° Congresso internazionale d'infortunistica e medicina del lavoro.

Si adunerà a Ginevra nell'agosto del 1931. Temi: « Resultati remoti e recenti nelle lesioni traumatiche del rachide » (proff. Magnus, Michel, Ackermann, Fanquez; correlatore: Crouzon); « Traumatismi dei vasi sanguigni, arteriti e tromboflebiti » (proff. Imbert, Diez e dott. Danis); « Affezioni cutanee in rapporto col lavoro: infortuni e malattie » (proff. White, Koelsch e Oppenheim); « Influenza dello stato anteriore sulle conseguenze degli infortuni del lavoro » (dott. Pometta, proff. Tovo e Liniger). Oltre ai temi fissati, potranno essere trattate ufficialmente altre questioni, relative specialmente alla medicina del lavoro; i dettagli verranno resi noti in seguito.

Segretario generale è il Dr. Yersin, rue de la Monnaie 3, Genève, Svizzera.

È in progetto una Mostra di radiografie, fotografie e modelli. Per le informazioni relative rivolgersi al Dr. Jeutzer, rue de l'Université 8, Genève, Svizzera.

3° Congresso Nazionale di Medicina e Igiene coloniale.

La Società Italiana di Medicina e d'Igiene Coloniale, che ha sede in Roma, ha deliberato di tenere il suo III Congresso Nazionale nella città di Tripoli dal 3 all'8 ottobre prossimo.

I temi scelti dal Consiglio Direttivo della Società per il III Congresso Medico a Tripoli rivestono una particolare importanza anche per la nostra regione. Essi sono: Framboesia o pian, Febbre ricorrente africana, febbre dengue, tripanomiasi animale.

Saranno inoltre presentati e discussi numerosi e importanti argomenti medico-igienici da parte di molti altri sanitari dell'Italia e delle Colonie, e specialmente della Tripolitania e della Cirenaica.

Al Congresso sarà annessa una esposizione di prodotti farmaceutico-sanitari. E, come si suole fare in occasione di ogni Congresso, il Comitato Ordinatore ha preparato anche un programma di festeggiamenti e di escursioni.

Congresso internazionale di medicina omeopatica.

Si è tenuto in questi giorni a Roma. Alla solenne inaugurazione, che ebbe luogo al Campidoglio, intervennero il Governatore di Roma, principe Boncompagni Ludovisi, i senatori Marchiafava e Simonetta, il direttore dell'Ufficio di Igiene di Roma prof. Pecori e altre personalità.

Parlarono il principe Boncompagni Ludovisi e il dott. Dandolo Mattoli, presidente della Lega Internazionale di medicina omeopatica, il quale rivendicò al Regime Fascista la priorità anche riguardo al riconoscimento della Omeopatia nell'Europa. Difatti non si deve dimenticare che l'Italia è stata la prima grande Nazione del vecchio mondo a riconoscere ufficialmente la farmacopea omeopatica italiana: ciò avvenne nella seduta del Consiglio Superiore di Sanità, presieduto dal prof. Marchiafava (22 dicembre 1922, a. I dell'E. F.), del quale facevano parte vere illustrazioni italiane.

1° Congresso di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica.

La « Société Scientifique Française de Chirurgie Réparatrice, Plastique et Esthétique » terrà il suo primo Congresso nei giorni 3 e 4 ottobre a Parigi (Hôtel Chambon, Maison des Syndacats Médicaux, rue du Cherche-Midi 95). Vi sarà annessa una Mostra di strumenti chirurgici, modelli, radiografie e fotografie. Avranno anche luogo delle sedute operatorie, in alcune Cliniche. Sede sociale: rue de la Pompe 81, Paris; segreteria: rue d'Avian 41, Bordeaux; presidente: dott. Dartigues; segretario: dott. Claoue.

Esami di stato.

La R. Università degli Studi di Siena ci comunica:

Per norma degli interessati si rende noto che sono aperte le inscrizioni per essere ammessi alla frequenza alle Cliniche del Policlinico Universitario, in preparazione agli esami di Stato, di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo per i candidati della prossima sessione 1930.

Per gli aspiranti, laureati in questo Ateneo, sarà sufficiente l'inoltro della domanda in carta legale da L. 3 al Rettore; i laureati invece in altre Università dovranno corredare la domanda con il certificato di laurea.

Corso di perfezionamento in medicina del lavoro a Pisa.

La Facoltà Medica della R. Università di Pisa ha deliberato di istituire per laureati in Medicina e Chirurgia un corso di perfezionamento in « Medicina del Lavoro », che avrà quali materie fondamentali di insegnamento l'Igiene del Lavoro, le Malattie del Lavoro, gli Infortuni del Lavoro e le Assicurazioni Sociali.

Questo corso dovrà dare l'abilitazione all'esercizio delle mansioni di Medico Ispettore del Lavoro, di Medico di Fabbrica, di Medico delle Assicurazioni Sociali, di Medico Specializzato in Malattie del Lavoro ed in Infortunistica, iniziandosi così la preparazione di una maestranza di sanitari idonei all'applicazione di tutte quelle Leggi e Regolamenti che disciplinano e tutelano il lavoro degli operai e dei contadini, ed il cui complesso costituisce una delle maggiori benemerenze del Governo Nazionale verso le classi lavoratrici.

Il corso sarà tenuto sotto la direzione del titolare di Clinica Medica che curerà la coordinazione dei vari insegnamenti. Esso avrà carattere largamente dimostrativo e la durata di un anno; terminerà con una prova di esame e colla presentazione e discussione di una tesi. Ai promossi verrà rilasciato uno speciale diploma.

Corsi di perfezionamento a Berlino.

Sono annunziati i seguenti corsi: pratica di laboratorio (29 settembre-4 ottobre), medicina interna (6-18 ottobre), pediatria (29 settembre-11 ottobre), oculistica (1-11 ottobre), oto-rino-laringologia (27 ottobre-4 novembre), chirurgia intratoracica (20-24 ottobre), ecc. Rivolgersi alla « Dozentenvereinigung », Luisenplatz 2-4, Berlin NW6, Germania.

Corso di perfezionamento per medici a Locarno.

Avrà luogo dal 29 settembre al 14 ottobre, a cura della Fondazione Tomarkin, ramo della Tomarkin Foundation Inc. di New York, la quale si propone di contribuire all'incremento della biologia generale e della terapia sperimentale, con speciale riguardo alla tubercolosi. Tra i conferenzieri saranno: F. Sauerbruch, G. Sobernheim, R. von den Velden, A. Besredka, C. Levaditi, W. S von Leeuwen, E. Bertarelli, H. Alexander, F. Silberstein, ecc. Tassa d'iscrizione: fr. sv. 40. Facilitazioni di soggiorno. Rivolgersi alla segreteria della Fondazione, in Locarno, Svizzera.

Inaugurazione dell'Istituto di Radiologia e Terapia fisica del Policlinico Universitario di Siena.

Con solenne cerimonia recentemente è stato inaugurato l'Istituto di Radiologia e Terapia fisica del Policlinico Universitario di Siena. Intervennero S. E. l'Arcivescovo, che impartì la benedizione ai locali, S. E. il Prefetto, il Segreta-

rio Federale e tutte le Autorità cittadine e della Provincia, numerosi professori universitari.

Il Magnifico Rettore dell'Università prof. Lunghetti portò il saluto dell'Università stessa e parlò sull'importanza dell'insegnamento della Radiologia rivolgendo parole di elogio al prof. Salotti che la Facoltà ha voluto incaricare del corso di radiologia.

Sulla storia dell'Istituto parlò il Rettore degli Ospedali comm. avv. Rosini.

Il discorso inaugurale fu pronunciato dal prof. Salotti, direttore dell'Istituto, che ne espose il programma scientifico-pratico e trattò dell'indirizzo clinico che la radiologia deve seguire sia per la diagnostica che per la terapia.

L'Istituto, di cui il prof. Salotti ha diretto la formazione, possiede quattro apparecchi radiologici (due per diagnostica e due per terapia), diatermia, lampade di Quarzo e Sollux, elettroterapia, bagni di luce e di aria secca, ginnastica, meccanica, ed ha inoltre 80 milligrammi di radium con tre piccole sale di degenza per malati in cura ed in osservazione. Un apparecchio per diagnostica è destinato nelle sale di anatomia alle ricerche radiologiche sul cadavere.

L'insediamento del Consiglio della Fondazione Eastman.

Al Ministero della Educazione Nazionale il ministro Balbino Giuliano ha insediato il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione « Giorgio Eastman ».

Del Consiglio fanno parte: l'on. prof. Amedeo Perna, che ne è il presidente; il dott. gr. uff. Ugo Frascarelli, direttore generale al Ministero dell'Educazione Nazionale; il dott. gr. uff. Stefano De Ruggiero, direttore generale al Ministero dell'Interno; il dott. gr. uff. Gaetano Basile, reggente la Direzione Generale della Sanità Pubblica; il prof. dott. Giovanni Perez, direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Roma; il dott. cav. uff. Mario Romanelli, ispettore superiore del Tesoro nel Ministero delle Finanze; il dott. comm. Enrico Vallerini, Direttore Capo Divisione nel Ministero dell'Educazione Nazionale.

Il Ministro ha, con elevate parole, parlato della solidarietà sanitaria internazionale realizzata ora con l'atto munifico del filantropo americano, dei progressi scientifici della odontoiatria e della sua notevole utilità pratica nella medicina sociale. Il Ministro ha finito il suo discorso inneggiando ai grandi benefattori dell'umanità.

Ha risposto il presidente on. prof. Amedeo Perna ringraziando il Ministro del suo intervento. Ha affermato che il Consiglio di fronte a questa grande opera assistenziale sanitaria nazionale, che concorrerà efficacemente al miglioramento della razza secondo i comandamenti del Duce, saprà corrispondere alla fiducia in esso riposta.

Dopo di che il Consiglio ha iniziato i suoi lavori, ai quali è stato chiamato a partecipare l'architetto prof. Aldo Foschini.

La Scuola Superiore Fascista di assistenza sociale in Roma.

L'Ufficio Stampa del P. N. F. comunica:

Sono aperte le iscrizioni alla Scuola Superiore Fascista di Assistenza Sociale in Roma, la quale ha lo scopo di preparare le giovani donne fasciste, che sentano speciale vocazione e particolari attitudini alla professione del servizio sociale, cioè alla assistenza morale, educativa ed economica degli operai dell'industria e delle loro famiglie, che parta dalla fabbrica come centro di avvicinamento e di conoscenza reciproca.

Il corso, tutto internato obbligatorio, avrà la durata di un anno (dal 15 gennaio al 15 dicembre 1930) interrotto dalle vacanze di Pasqua ed estive. Alla fine del corso avranno luogo gli esami scritti ed orali, che le allieve devono superare per ottenere il diploma di assistenti fasciste di fabbrica, con il quale esse saranno assunte, come funzionarie stipendiate dalla Confederazione dell'Industria ed inviate nei centri industriali e possibilmente nelle città donde sono venute e dove hanno le loro famiglie.

Il programma d'insegnamento comprende materie giuridiche ed economiche, mediche ed igieniche, la tecnica ed i metodi del servizio sociale, e il tirocinio pratico assistenziale.

Per poter seguire con profitto le lezioni ed avere lo spirito pronto ed assimilarne le idealità, seguirne le direttive, le allieve debbono essere fornite di cultura superiore. Quindi, in linea di massima sono preferite quelle aspiranti che presentino il diploma di laurea o di magistero superiore.

In casi eccezionali e quando vi siano speciali attitudini, le candidate potranno presentare anche il diploma di licenza magistrale o di scuola secondaria superiore o dichiarare di volere sostenere un esame di cultura generale presso la Scuola.

Le domande di iscrizione dovranno essere indirizzate alla Direzione del Partito, Segreteria Fasci femminili, ed essere corredate, oltre i documenti di rito, della tessera del P. N. F. e del « Curriculum vitae », redatto o scritto di tutto pugno dalla candidata.

Per la Congregazione di Carità di Perugia.

S. E. Arpinati, Sottosegretario all'Interno, comunica che il Capo del Governo, dando prova di benevolenza verso la Città di Perugia, ha concesso alla locale Congregazione di Carità: L. 100 mila per l'Ospedale Civile; L. 50.000 per l'Orfanotrofio Maschile; L. 20.000 per l'Ospedale degli Incurabili.

Museo d'igiene sociale a Norimberga.

Si è inaugurato a Norimberga un museo d'igiene sociale, che si rinnoverà ogni anno e che ha lo scopo di prospettare i vari problemi relativi all'igiene dell'alimentazione, del bambino, del lavoro, dello sport, delle collettività, ai risanamenti, ecc. La sala delle conferenze dispone di 180 posti ed è fornita di apparecchi di proiezione; le conferenze varranno a mantenere desto l'interesse degli allievi delle scuole, degli operai e dei vari gruppi professionali, sui problemi d'igiene sociale.

I servizi igienico-sanitari nella provincia di Roma.

Il prefetto Umberto Ricci, ora destinato alla Provincia di Torino, in 15 mesi di amministrazione straordinaria ha saputo dare alla Provincia di Roma l'impronta delle sue larghe concezioni di amministratore e della sua attività, anche nel campo igienico-sanitario.

Rileviamo che, presso le case cantoniere più importanti per il transito, il R. Commissario, con geniale iniziativa, ha costituito un posto di pronto soccorso sanitario ed automobilistico, mediante deposito di medicinali e presidî per i soccorsi più urgenti.

In altro campo il prefetto Ricci ha dato impulso alle aziende di lavoro presso l'ospedale provinciale di S. M. della Pietà, sviluppando quelle già in esercizio ed organizzandone altre. Particolarmente notevole è lo sviluppo dato all'azienda agricola in una vasta superficie annessa all'ospedale.

Quale presidente del Consorzio Provinciale Antitubercolare, il prefetto Ricci, coadiuvato dalla Giunta Esecutiva, pur nelle strettezze di un bilancio inadeguato ai vasti bisogni dell'assistenza sociale contro la tubercolosi, ha saputo dare larga espansione alla benefica opera, creando collegamenti con i vari Enti che, in Roma e Provincia, tendono a fini analoghi, e specialmente con i medici condotti per la prevenzione e profilassi della malattia, procedendo a numerosi ricoveri di malati ed all'invio in colonie climatiche di molti fanciulli predisposti, all'impianto ed all'organizzazione dei dispensari di Tivoli, Subiaco, Frascati, Fondi e Monterotondo e della Colonia profilattica di Palestrina.

I delegati esteri della Croce Rossa nelle zone terremotate.

I delegati esteri della Commissione internazionale della Croce Rossa visitando i comuni colpiti dal terremoto del Vulture, vollero rendersi anche conto dei servizi sanitari istituiti in quelle località dall'Opera nazionale maternità e infanzia per i soccorsi e per l'assistenza delle madri e dei fanciulli.

Essi visitarono la Maternità provvisoria di Melfi che provvista di sufficienti mezzi sanitari, fin dal 23 luglio si arricchì di ben ventiquattro culle, gli ambulatori ostetrici e quelli pediatrici di Melfi, Aquilonia, Lacedonia, Villanova che oltre a recare pronto soccorso a quelle popolazioni assistettero e continuano ad assistere una grande quantità di madri e di fanciulli, distribuendo anche alimenti specializzati, medicinali e corredini.

Visitarono altresì il centro infantile di Avellino che fu anche organizzato dall'Opera nazionale per raccogliere ed assistere provvisoriamente i fanciulli abbandonati di quella provincia.

L'on. Cremonesi, presidente della C. R. I., rendendosi interpetre dei sentimenti di soddisfazione dei delegati esteri ha inviato all'Opera nazionale il seguente telegramma:

« Missione delegati esteri Croce Rossa avendo visitato attività che svolgonsi codesta Opera in collaborazione Croce Rossa nella zona terremotata incaricami di rendermi interpetre del suo plauso per magnifica organizzazione. — F.to: *Cremonesi* ».

Una delegata della Croce Rossa americana a Roma.

Presentata alle varie Croci Rosse del mondo da una lusinghiera lettera di John Barton Payne, presidente della Croce Rossa Americana e della Lega delle Società di Croci Rosse, è stata a Roma Mrs. K. F. Bowman, Delegata generale della Croce Rossa dello Stato di Virginia, la quale compie in questo periodo un giro di studio presso le Croci Rosse europee al fine di rendersi esatto conto delle varie attività assistenziali esplicate da queste Società.

L'illustre visitatrice è stata ricevuta dal sen. Cremonesi, presidente generale della Croce Rossa Italiana, il quale è stato ben lieto di renderla dettagliatamente edotta circa il nuovo grande sviluppo che ha avuto in questo ultimo tempo la nostra Croce Rossa, non solo per effetto delle nuove direttive impresse, ma per l'alto incondizionato appoggio del Governo Fascista che ha valorizzato questa Associazione come una delle organizzazioni assistenziali più vive e più fattive del Regime. Il sen. Cremonesi ha disposto inoltre che, a conferma di ciò, l'illustre ospite, accompagnata dalla marchesa Stagno, vice ispettrice delle Infermiere Volontarie di Croce Rossa, si recasse personalmente a visitare le opere assistenziali gestite in Roma dalla Croce Rossa Italiana, quali fra l'altro, il Preventorio per lattanti « E. Maraini » e la Scuola Convitto Infermiere.

Onoranze nazionali a Morgagni.

Il Capo del Governo ha in questi giorni firmato un decreto che consente alla città di Forlì di ordinare onoranze nazionali al grande anatomico forlivese Giovanni Battista Morgagni, e ha concesso nello stesso tempo l'alto suo patronato alle manifestazioni che si preparano. In occasione dei festeggiamenti, si trasferirà in sede decorosa e pubblica il monumento innalzato al Morgagni nel 1875 nel cortile del Palazzo degli Studi, già appartenente ai Frati delle Missioni. Il monumento risorgerà nella Piazza Morgagni, dirimpetto allo stesso Palazzo degli Studi, con basamento rinnovato su disegno originale.

Per le onoranze nazionali al Morgagni le Università italiane hanno da tempo offerto un contributo e annunciato la presenza di loro rappresentanti. Anche i maggiori Atenei stranieri hanno chiesto di essere presenti. Nuove adesioni si attendono.

Nella solenne circostanza sarà pubblicata la traduzione delle « Lettere Emiliane » del Morgagni, curata dall'Amaducci. Verrà esposto e illustrato nella civica Pinacoteca il prezioso « Fundo Morgagni » posseduto dalle città di Forlì, Padova e Parma. Una altissima personalità della medicina italiana commemorerà lo scienziato.

Si crede infine probabile che la Società Italiana di Storia della Medicina faccia coincidere le sue annuali assise con le onoranze morgagniane, convocandosi in Forlì.

Intorno all'opera dell'anatomico, clinico, archeologo e fine umanista forlivese, che ebbe celebrata cattedra in Padova nella seconda metà del '700, sono sempre vivi gli studi, massimamente in Germania, dove la sua Scuola ebbe diretti continuatori.

Il premio Goethe a Sigmund Freud.

Quest'anno il premio annuale Goethe di 10.000 marchi è stato assegnato al prof. Sigmund Freud, il notissimo creatore della psicanalisi.

È la prima volta che il Freud viene onorato sul continente europeo, mentre nel mondo anglo-sassone egli ha già avuto numerosi riconoscimenti.

Incidente radiologico al prof. Pavone.

Il prof. Michele Pavone, ferito di guerra, decorato con medaglia d'argento e due di bronzo, poco è mancato non rimanesse vittima di un infortunio sul lavoro, durante l'esecuzione di una radiografia.

Alla distanza di circa un metro dall'apparecchio, al terzo secondo di posa, una scarica ad altissima tensione l'investì alla regione fronto-parietale destra.

Sulle modalità di tale infortunio ancora nulla si sa di preciso e si attende una seria e dotta perizia.

Medico turco sotto processo.

Il dott. Aram Pelichemiam, da Brussa (Turchia), che esercita a Milano, è stato denunziato all'autorità giudiziaria dalla cliente sig.na Zoe Andò (cugina in secondo grado dello scomparso attore Flavio Andò), in seguito a danni che le sarebbero derivati dall'applicazione dei raggi X, per la cura di un fibromioma uterino. Il perito del Tribunale, prof. Cazzaniga, ha riscontrato una radiodermite grave, che dura da oltre un anno; perciò il medico è stato rinviato a giudizio. Egli ha fatto opposizione con una controperizia, redatta dal dott. G. Veneroni.

Fame e pellagra nelle zone degli Stati Uniti colpite dalla siccità.

Secondo le informazioni pervenute alla direzione della Croce Rossa di Washington, nella vasta regione colpita dalla siccità, si è notato un progressivo peggioramento delle condizioni sanitarie. I casi di pellagra vengono segnalati in numero insolitamente grande.

Nel Sud si incomincia a patire la fame. Casi di inanizione si sono verificati in molte case. Le condizioni sono peggiori che altrove nella Virginia, nel Kentucky e nell'Arkansas.

La tifoide a Gallspach.

Tra la numerosissima clientela dell'Istituto Zeileis a Gallspach si sono manifestati dei casi di tifoide, onde il Consiglio Comunale di Grieskirchen ha votato un ordine del giorno alle autorità superiori, perchè l'Istituto stesso sia chiuso, così da evitare il pericolo che l'epidemia si estenda.

" Nord-Sud ,,.

È ormai conosciuto dalla classe medica di tutto il mondo col nome di « Nord-Sud » il viaggio annuale che l'E.N.I.T. organizza — sotto l'esperta guida del prof. Guido Ruata — alle maggiori stazioni di cura nazionali.

Un treno speciale di prima classe trasporterà, anche quest'anno in settembre, quattro gruppi di medici — di lingua italiana, francese, inglese e tedesca — a visitare i centri più importanti ove la nostra coraggiosa industria termale idroclimatica ha saputo mettere in valore i tesori naturali delle acque e dei climi.

Il programma di quest'anno si presenta particolarmente interessante: visita e soggiorno a Venezia Lido, San Martino di Castrozza, Cortina d'Ampezzo, Grado, Portorose, Brioni, Abbazia, Laurana, Abano Terme, Salsomaggiore; escursioni a Misurina, Aquileja, Grotte di Postumia, Fiume, ecc.

Diffondere nella classe medica internazionale la conoscenza dei valori reali delle nostre Stazioni di cura significa garantire alle Stazioni stesse una clientela sempre maggiore: e quindi è degna di lode l'iniziativa dell'E.N.I.T. che ai medici del « Nord-Sud » garantisce ogni conforto di viaggio e di soggiorno a modesto prezzo.

Strascichi della tragedia di Lubecca.

Il prof. Deyke e il dott. Altstädt, implicati nei dolorosi infortuni di Lubecca, hanno rassegnato le dimissioni.

Malattie veneree e prostituzione a Strasburgo.

Da un rapporto del Ministero della Sanità di Francia risulta che la chiusura delle case di prostituzione effettuata nel 1924 a Strasburgo non ha avuto alcuna azione sulla frequenza della sifilide. I casi accertati di nuove infezioni che prima del provvedimento erano 53 salirono a 55 nel biennio 1925-1926, a 66 nel biennio 1927-1928 e 45 nel 1929. Le forme secondarie seguirono la medesima curva.

Richiesta di letteratura.

Il prof. Giovanni Galli ha in lavoro una monografia sul reumatismo e prega tutti i colleghi che hanno pubblicato lavori su quest'argomento di volergliene inviare un estratto. Indirizzo: prof. Galli, Largo Manzoni 9, Lecco.

Il 29 agosto, dopo breve malattia cessava di vivere l'illustre prof. G. B. UGHETTI.

Nato a Venaria Reale nel 1852, si laureò a Catania nel 1876. Fu nominato per concorso nel 1882 titolare della cattedra di Patologia generale, il cui insegnamento impartì fino a tre anni fa con grande onore.

G. B Ughetti possedette un ingegno forte, brillante, versatile. Fra le sue numerose pubblicazioni meritano uno speciale rilievo i trattati sulla « Patologia del fegato » e su « La febbre ».

In quest'ultimo l'A. prospettò la sua teoria corpuscolare che ebbe larga eco di diffusione nel mondo scientifico.

G. B. Ughetti, fu uno scrittore facile, elegante, piacevolissimo. Collaborò col pseudonimo di *Iris* in varie riviste letterarie. Fu osservatore e critico arguto. Son prova di queste eminenti qualità i numerosi libri come: « Medici e Clienti », « L'arte di riposare », « Il dott. Valdina », « Un viaggio attorno al mio studio », « L'arte di non invecchiare », « Il mondo senza donne », « L'umorismo e la donna ».

Nella poesia tentò lo stile vernacolo e scrisse i « Cento sonetti dialettali ». Amò la pittura della quale sono i testimoni varii bozzetti. Fu anche un conferenziere ricercato.

Questa sua grande versatilità non lo distrasse dall'esercizio della medicina pratica, nella quale ebbe molta fortuna. Catania, che egli amò e dalla quale fu intensamente riamato, ne piange la perdita.

Catania, 30 agosto 1930-VIII.

A. TOMASELLI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero di dermatologia e venereologia.

Ind. Jour. Med. Res., apr. — C. NEWCOMB e al. Patogenesi dei calcoli urin. — M. BRUCE. Influenza dell'umidità relativa sulla vita e sull'infettività delle zanzare. — P. K. DE e V. SUBRAHMANYIAN. Disinfezione e sterilizzazione. — S. D. S. GREVAL e al. Reazioni di W. dubbie. — W. F. HARVEY. Variazioni nei gruppi sanguigni. — Supplem.: J. CUNNINGHAM e R. H. MALONE. Vaccino antirabbico eterizzato.

Bull. Ac. de Méd., 20 mag. — J. HERKMAN. L'encefalite post-vaccin. e suo trattam. con siero omologo.

Rev. Méd. Lat.-Amer., mar. — C. LIAN. Angor acuto coronario febbrile.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussioni su: aortite sifilitica, piede piatto spasmodico, il radium nelle affezioni ginecologiche. — Copiosa casistica.

Minerva Med., 26 mag. — V. SCIMONE. Terapia calcica dell'emicrania. — C. DE FERMO. Calcemia nei cancerosi.

Wien. Klin. Woch., 29 mag. — RUBRITINS. Trattam. chirurgico dell'insufficienza renale.

Clin. Chirurg., apr. — F. ROSSI. Pielografia endovenosa con uroselectan.

Riv. It. di Ginec., gen. — E. CUIZZA. Annessiti suppurate croniche. — S. SCAGLIONE. Gravid. e parto nelle giovani primipare.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 25 mag. — A. CHIASSERINI. Progressi e soste nel campo della chirurgia.

Lancet, 31 mag. — J. THOMSON WALKER. Ipertrofia prostica e prostatectomia.

Brit. Med. Journ., 31 mag. — D. M. LYON e R. M. MURRAY-LYON. L'asma.

Studium, 1 giu. — A. SALMON. Crisi narcolettiche.

Med. Páisos Cál., mag. — A. DIAZ FLOREZ e J. GIL COLLADO. Biologia dell'« Anopheles maculipennis ».

Morgagni, 25 mag. — C. AMATUCCI MALLUDO. L'elettrocardiogramma e le aritmie extra-sistoliche.

Practitioner, giu. — G. R. MURRAY. Trattam. dell'insufficienza tiroidea. — A. E. MORTIMER WOLF. Affezioni delle vie biliari. — C. W. BUCKLEY. Sciatica.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmol., mar.-april. — NEUSCHÜLER. Paralisi inveterata dell'abducente. — CARRAU. Ascesso cerebellare otogeno.

Bull. Méd., 31 mag. — Numero di ortopedia.

Ann. de Méd., apr. — P. TEISSEIER e al. Immunità tifica.

Revue de Méd., apr. — Numero di cardiologia.

Med. Welt, 31 mag. — LANGE, SCHIFF. Vaccinaz. Calmette. — BECKER. Litiasi salivare.

Med. Klinik, 30 mag. — R. STERN. Chimica colloidale e biologia. — I. BOAS. Diagnosi precoce e anticipata di carcinoma gastr. e intest.

Med. Tijd. v. Geneesk., 31 mag. — A. J. CHOLTE. Anat. pat. della psittacosi.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., giu. — H. E. NEUMANN. Trattam. dell'ascesso epatico dissenterico. — M. ROSENBERG. Ipotonia arteriosa.

Acta Dermato-Venereol., apr. — N. MASCHKILLEISSON. Amiloidosi della cute. — TARRAS-WAHLEBERG. Coloraz. Giemsa con soluzione tampone.

Arch. It. di Chir., 31 mag. — O. AMOROSI. Mesenterite cron. retrattile essenziale. — O. PELLEGRINI. Epifisite acuta infettiva dell'anca nell'infanzia.

Ann. Soc. Scientif. Bruxelles, 31 dic. — P. VAN GEHUCHTEN. Patologia del sistema pallido-striato.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 15 Settembre 1930 — Num. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. V. ASCOLI.

Il rapporto Ossiemoglobina: Emoglobina in alcune anemie

per il dott. GIULIO LEGA.

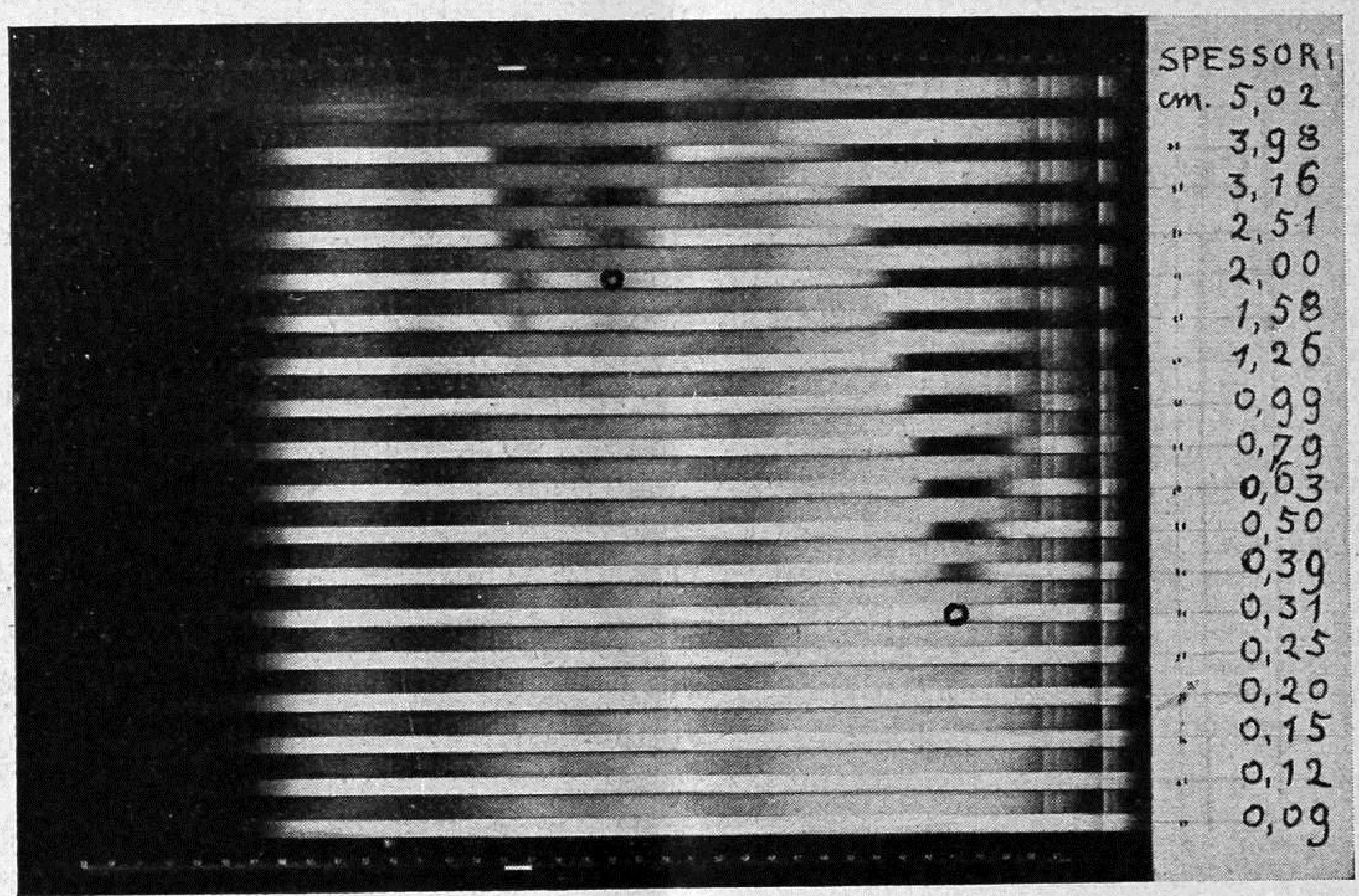
La ricerca quantitativa dell'Hb e dell'OHb del sangue con l'indagine spettroscopica presenta il vantaggio della maggiore esattezza sui comuni metodi chimici e fisicochimici. Ma ancor più sensibile è il metodo spettrofotometrico che, imprimendo sulla stessa lastra fotografica le caratteristiche bande di assorbimento dell'Hb e dell'OHb, permette di valutare contemporaneamente le più fini variazioni quantitative di entrambe queste sostanze, senza esporre, anche l'occhio più esperto a facili errori di interpretazione.

Noi ci siamo proposti di studiare con lo spettofotometro Zeiss a reticolo, mod. 4779-3*a*, anno 1928, le eventuali variazioni del rapporto OHb-Hb in alcune anemie senza tralasciare d'altra parte, la ricerca quantitativa dell'Hb con l'emometro del Sahli, il conteggio dei globuli rossi col Thoma-Zeiss e la resistenza globulare. Quest'ultima, dopo alcune osservazioni, fu tralasciata non sembrandoci fornisse elementi utili al nostro studio.

Tutte le ricerche furono eseguite alla mattina a soggetto a digiuno, afebbrile, in riposo.

Per l'indagine spettrofotometrica il sangue viene prelevato con una pipetta esattamente graduata, nella quantità di cm. 0,05, dal lobulo dell'orecchio, punto con ago di Francke e indi versato in un matracino contenente 20 cc. di soluzione di carbonato di Na all'1 per mille. Agitata a tappo aperto questa miscela per 5' si riempiono con essa le apposite cuvette cilindriche tarate logaritmicamente in ordine decrescente. Queste, ad una ad una sono successivamente poste allo spettofotometro e fotografate in serie sulla stessa lastra. Per uno speciale dispositivo dell'apparecchio a ogni posa, all'immagine della cuvetta in esame, corrisponde altra immagine sovrastante, data dall'estinzione

della luce per mezzo del settore rotante. Si hanno adunque sulla stessa lastra fotografica tante pose (una sotto l'altra) quante sono state le cuvette impiegate: ogni posa risulta composta di due zone: una superiore (spettro dell'estinzione della luce) e una inferiore (spettro della soluzione). La banda, o le bande, del liquido in esame, per il decrescente spessore delle cuvette, vanno progressivamente riducendosi di intensità sino a raggiungere l'estinzione completa, rappresentata dal punto, ove l'intensità di questa banda o di queste bande, sono eguali a quella sovrastante corrispondente all'estinzione della luce.



Spettro di sangue normale. - Sangue cmc. 0.05 in 20 cmc. di soluzione di carbonato di Ca all'1 per mille.

Ia banda (dall'alto): estinzione della luce;
IIa banda (dall'alto): spettro della soluzione;
O corrispondente alla cuvetta di cm. 2.00=OHb;
O corrispondente alla cuvetta di cmc. 0.31=Hb.

Per procedere alla determinazione quantitativa occorre innanzi tutto conoscere il coefficente di estinzione (ε), dato dalla formula

$$\varepsilon = \frac{1}{d} . \log . \frac{To}{T} \text{ dove:}$$

d, è lo spessore della cuvetta
To, luce entrante
T, luce uscente.

Nel caso nostro, col settore rotante di apertura 72°

$\frac{To}{T}$ è uguale a 5, ed il log. $\frac{To}{T}$ = 0.7.

Noi, per le nostre indagini, cercammo di ricorrere a soluzione-campione preparata con Hb ed OHb umane fornite dal commercio (Merck, Schuchardt) ma dovemmo ben presto seguire altra via, sia perchè non ci fu possibile trovare, anche presso le migliori Ditte, l'OHb, sia perchè l'Hb fornitaci, oltre non essere perfettamente pura, presentava, a seconda della sua provenienza, coefficienti di estinzione diversi.

Pensammo quindi di ricorrere al sangue di individui normali prelevato ed esaminato come sopra abbiamo esposto.

In soggetti con circa 5.000.000 di gl. rossi e 100 di Hb al Sahli trovammo costantemente il punto di estinzione dell'Hb nella cuvetta di cm. 0,31 e quello dell'OHb nella cuvetta di cm. 2. Per dare valore a questi punti noi abbiamo supposto che in cc. 0,05 di sangue (quantità prelevata) esistono gr. 0,0067 di Hb e gr. 0,005 di OHb. Il primo dato viene a corrispondere a un dipresso alla percentuale di Hb nel sangue umano normale (gr. 13,5 %), mentre l'altro si discosta maggiormente dai valori fisiologici. Ma ciò, a nostro avviso, non ha eccessiva importanza nelle ricerche di indole clinica, ove a valori assoluti, possono sostituirsi valori relativi.

Presе come punto di partenza queste cifre, Hb 0,0067, OHb 0,005, abbiamo ottenuto il rapporto OHb-Hb, uguale a 0,74.

Per il dosaggio della soluzione ignota di tali sostanze siamo ricorsi alla formula:

$$C_1 = \frac{\varepsilon_1}{\varepsilon_2} : C_2, \text{ dove}$$

C_1 è la concentrazione ignota della sostanza in esame;

ε_1 è il valore del coefficiente di estinzione della sostanza in esame, trovato col metodo sopradetto;

ε_2 è il coefficiente di estinzione della soluzione campione, trovato pure col metodo sopradetto;

C_2 la cencentrazione nota.

Con queste tre quantità note è evidente che si possa trovare la quarta, cioè C_1 concentrazione ignota della sostanza in esame.

Con tale procedimento abbiamo dosato l'Hb e l'OHb. Per l'OHb dobbiamo far notare che, date le difficoltà di tecnica (e forse l'impossibilità) di mantenere il sangue durante tutte le manipolazioni di ricerca fuori dal contatto dell'aria, abbiamo eseguiti i dosaggi, come sopra accennato, al contatto di questa. I nostri dati quindi non corrisponderanno esattamente a quelli del sangue circolante nei capillari, ma al potere di ossidazione che il sangue, da noi estratto, possiede in aria-ambiente.

Per controllo, abbiamo in varii casi ripetute le ricerche a breve tempo di distanza, ottenendo sempre risultati concordi.

Possiamo, quindi, ritenere attendibili i valori, che riportiamo nella seguente tabella.

Caso	Diagnosi Clinica	Numero dei globuli rossi	Hb (Sahli)	Esame spettroscopico		OHb
				OHb	Hb	Hb
I	Sogg. normale	5.000.000	100 %	0,0050	0,00675	0,74
II	Sogg. normale	5.100.000	100 %	0,0050	0,00675	0,74
III	a. da emorragia	2.200.000	40 %	0,0025	0,0033	0,75
IV	a. da emorragia	3.800.000	45 %	0,0025	0,0033	0,75
V	a. da emorragia	2.420 000	80 %	0,0039	0,0045	0,86
VI	a. da emorragia	4.160.000	60 %	0,0031	0,0041	0,75
VII	a. da emorragia	3 250 000	60 %	0,0039	0,0041	0,95
VIII	a. perniciosa	1.800.000	40 %	0,0025	0,0033	0,75
IX	a. perniciosa	3.100.000	80 %	0,0039	0,0045	0,86
X	a. perniciosa	2 150.000	50 %	0,0025	0,0041	0,61
XI	a. perniciosa	3.800.000	80 %	0,0039	0,0045	0,86
XII	a. malarica	2.000.000	40 %	0,0019	0,0033	0,57
XIII	a. malarica	3.100.000	50 %	0,0021	0,0041	0,51
XIV	a. malarica	3.400 000	55 %	0,0025	0,0045	0,55
XV	a. malarica	1.300.000	25 %	0,0011	0,0016	0,68
XVI	a. malarica	2.650.000	50 %	0 0025	0,0041	0,61
XVII	a. in T.b.c.	2.110.000	40 %	0,0019	0,0033	0 57
XVIII	a. in T.b.c.	2.810.000	55 %	0,0021	0,0038	0,55
XIX	a. in T.b.c.	2.900.000	55 %	0,0021	0,0038	0,55
XX	a. in T.b.c.	3.070.000	55 %	0,0025	0,0045	0,55
XXI	a. in T.b.c.	3.890.000	65 %	0,0031	0,0045	0,68
XXII	a. in T.b.c.	3.920.000	80 %	0,0039	0,0059	0,66
XXIII	a. linfosarc.	3.200 000	55 %	0,0031	0,0045	0,68
XXIV	a. leucemica	3.820.000	75 %	0,0039	0,0034	0 72
XXV	a. post. tifica	2.800.000	55 %	0,0021	0,0033	0,63
XXVI	a. post. tifica	3.220.000	60 %	0,0025	0,0041	0,61

Nella tabella riportata noi troviamo soggetti normali ai casi I e II, anemie postemorragiche dal caso III al caso VII, anemie perniciose dal caso VIII al caso XI, anemie malariche dal caso XII al caso XVI, anemie in tbc. dal caso XVII al caso XXII, anemie varie dal caso XXIII al caso XXVI.

Per l'Hb noi possiamo innanzi tutto constatare che i valori ottenuti col Sahli corrispondono assai grossolanamente a quelli spettrofotometrici. Questi ultimi sono in genere più elevati dei primi, tanto che in varii casi, se queste cifre fossero prese a base per stabilire il valore globulare, esso risulterebbe superiore all'unità anche in molte anemie non perniciose.

Ma quanto richiama la nostra attenzione è il rapporto OHb:Hb.

Nelle anemie da emorragie noi troviamo un rapporto pressochè uguale o superiore al sangue normale, e cioè una percentuale di OHb pressochè uguale o superiore a quella del sangue in condizioni fisiologiche. Il caso III e IV riguardano lo stesso soggetto, uomo di 60 anni, con profusa emorragia emorroidale: la prima determinazione fu fatta due giorni appresso la perdita emorragica, la seconda a circa 15 giorni di distanza a condizioni di sanguificazione assai migliorate: in entrambe risultò un rapporto di 0,75. Il caso V e VI riguardano pure lo stesso soggetto, uomo di 32 anni, con emorragia profusa da ulcera duodenale: la prima determinazione fu fatta pochi giorni dopo l'apparire della melena, mentre persisteva sangue nelle feci, la seconda dopo circa 15 giorni dalla scomparsa del sangue. Nella prima risultò un rapporto di 0,75, nella seconda di 0,86: rapporto quest'ultimo assai superiore a quello del sangue normale.

Il caso VII riguarda una donna con profusa emorragia post-partum: la determinazione fu fatta dopo molti giorni (circa 20) dalla cessazione della perdita di sangue: il rapporto lo troviamo salito a 0,95.

Nell'anemia perniciosa abbiamo lo stesso fenomeno ugualmente evidente. I casi VIII e IX riguardano una malata prima e durante l'epatoterapia, i casi X e XI un malato nelle medesime condizioni. Il rapporto, prima della cura col fegato in entrambi gli infermi, sta pressochè sui valori fisiologici, sebbene un po' più basso nel secondo infermo. A cura inoltrata, migliorate le condizioni di sanguificazione, il rapporto sale a 0,86.

Nelle anemie da malattie infettive (malaria, tbc., tifo) troviamo rapporti sempre inferiori a quelli normali, cioè una diminuta capacità, da parte del sangue, a fissare l'ossigeno.

Da quanto esposto emerge, adunque, che il rapporto OHb:Hb devia, ora in più, ora in meno, da quello fisiologico. Noi abbiamo trovato valori più alti nelle anemie post-emorragiche e nelle anemie perniciose e precisamente ove esisteva una intensa attività eritropoietica, nelle prime fisiologica, nelle seconde provocata dalla cura col fegato fresco. Abbiamo, invece, trovato valori più bassi nelle altre anemie ove l'eritropoiesi o gli stessi globuli rossi subivano i danni di una infezione recente o ancora in atto (tifo, malaria, tubercolosi).

Potremmo quindi pensare, che l'attività rigeneratrice del sistema ematopoietico, oltre alle note morfologiche caratteristiche, si accompagni a modificazioni, più o meno evidenti, della funzione emoglobinica con aumentato potere di fissare l'ossigeno; mentre la tendenza iporigenerativa del sistema ematopoietico, specie sotto influenze tossi-infettive, si associ a una particolare inibizione del metabolismo ossiemoglobinico.

Questa tuttavia è una semplice ipotesi, che noi prospettiamo con riserva e con la necessaria prudenza, poichè soltanto più vaste e più complete osservazioni potranno (almeno speriamo) chiarire il fenomeno da noi osservato, rivelandoci, inoltre, se la maggiore o minore facoltà a fissare ossigeno, sia legata ad alterazioni o modificazioni dei globuli rossi o ad una speciale proprietà dell'Hb stessa.

Per ora le nostre ricerche, che devono considerarsi come uno studio di orientamento, ci dimostrano:

a) che in condizioni patologiche, i globuli rossi contengono una percentuale varia, in alcuni casi maggiore, in altri casi minore, sia di Hb, sia di OHb;

b) che, in condizioni patologiche, il rapporto OHb:Hb devia, ora in più, ora in meno da quello fisiologico, risultando aumentato nelle anemie con attività rigenerativa del sistema ematopoietico, diminuito invece nelle anemie con tendenza iporigenerativa, specialmente dipendente da influenze tossi-infettive.

RIASSUNTO.

L'A. si è proposto di studiare, in base a ricerche spettrofotometriche, il rapporto OHb:Hb in alcune anemie, rapporto che è risultato superiore a quello fisiologico sulle anemie da emorragie e nelle anemie perniciose, mentre è risultato inferiore in alcune anemie secondarie a infezioni (tubercolosi, malaria, tifo).

NOTE E CONTRIBUTI.

Osped. Maggiore di Milano, Cattedra di Semeiotica Medica.
Prof. U. CARPI, direttore.

Sanatorio della C. R. I. di Cuasso al Monte (Varese).
Direttore incaricato: Dott. M. MAZZETTI

Di un nuovo segno fisico nel sieropneumotorace: il suono idropneumotoracico di otre

per il dott. MARIO MAZZETTI.

Recentemente, in due malati portatori di idropneumotorace, nel delimitare con la percussione l'altezza del livello del liquido, sono rimasto sorpreso nel rilevare un suono idroaerico tipico, come segno di sieropneumotorace. Esaminando più attentamente la letteratura al riguardo, non trovo descritto da alcun Autore il fenomeno in parola.

Cito per tutti il Riccioli il quale nel suo bellissimo libro sulla semeiotica del pneumotorace parla estesamente e compiutamente della risonanza e del timbro alla percussione nel siero-pneumotorace. Egli non fa alcun cenno del fenomeno da me trovato e dopo aver elencato le diverse modalità di suono corrispondenti alle variazioni delle condizioni fisiche del cavo pleurico in HPNX conclude: « tutti quesu elementi possono diversamente combinarsi fra loro e dare luogo a modificazioni e variazioni plessiche notevoli ».

Malgrado tale formula sia vastamente comprensiva, tuttavia si può aver ragione di credere che il suono di otre non sia stato specificatamente descritto come fenomeno di HPNX.

Il Riccioli parla sì di timpanismo e di metallismo riscontrabili in cavo pleurico contenente gas e liquido, ma ciò evidentemente non è sufficiente a dare idea del suono di otre da me riscontrato.

Riporto i due casi osservati, poichè alcuni particolari di essi possono esserci di guida nella interpretazione del fenomeno fisico.

CASO I. — L. O., a. 42. Entra in sanatorio con pneumotorace sinistro totale in iperpressione che ha provocato un'ernia mediastinica antero-superiore, evenienza questa molto rara a tale età. È individuo di robusta costituzione fisica, brachitipo, con torace ampio, a pareti spesse. Qualche tempo dopo il soggiorno in sanatorio, si manifesta, con scarsa sintomatologia generale, un versamento pleurico dalla parte del pneumotorace. Il liquido estratto alla puntura toracica è limpido, citrino, e all'esame citologico si nota una netta prevalenza di elementi linfocitari sui granulociti polinucleari.

Cercando di delimitare colla percussione il livello del liquido, si provoca un netto suono idroaerico, più chiaro percuotendo lungo la linea tra l'ascellare posteriore e l'angolare della scapola: meno netto lungo le altre linee toraciche verticali.

Le pressioni endopleuriche sono: —4+4, paziente in posizione sul dorso.

CASO II. — C. F. Entra in Sanatorio con pneumotorace totale destro, versamento in atto: dislocamento mediastinico verso sinistra, abbassamento del diaframma destro; fatti ulcerativi del lobo superiore di sinistra. Temperatura oscillante intorno ai 39°; notevole dispnea (24 respiri al m'; polso frequente 110 m'), tensione arteriosa bassa: 105-80. È individuo longitipo, con torace esile, scarno, spazi intercostali larghi, pareti toraciche sottili. A una puntura esplorativa si estrae un liquido limpido, citrino, a elementi linfocitari prevalenti. Anche in questo caso, nel rilevare l'altezza toracica del versamento sieroso lungo l'angolare della scapola, si provoca alla percussione un suono idroaerico più caratteristico che nel caso precedente. Tale suono ha la massima intensità circa un dito trasverso sopra il livello del liquido; diminuisce gradatamente verso l'alto e verso il basso e scompare completamente a circa due dita trasverse dal punto di massima intensità. Le pressioni endopleuriche in questo caso sono: —5+8.

Qualche giorno dopo si procede a una toracentesi eseguita con l'apparecchio del Morelli: si estraggono 1200 cc. di liquido sieroso limpido e si insufflano 500 cc. di ossigeno. Malgrado ancora la presenza di una certa quantità di liquido, dopo tale intervento non si riesce più a provocare il suono idroaerico di percussione: le pressioni endopleuriche, dopo lo svuotamento e l'introduzione di ossigeno sono le seguenti: —1—10.

I due casi esposti, capitati alla mia osservazione a poca distanza uno dall'altro non lasciano dubbio alcuno sulla esistenza del fenomeno in parola. In che consiste esso? Da quali condizioni fisiche si origina? La parola stessa di suono idroaerico ne definisce l'essenza: esso è assolutamente caratteristico e nell'ascoltarlo si riconosce, senza esitare, il suo originarsi in un recipiente che contiene aria e liquido nello stesso tempo. È difficile riprodurlo artificialmente; vi si riesce percuotendo un otre parzialmente ripieno di liquido, o lo stomaco d'un aerofago dopo il pasto.

Perchè esso si formi è necessaria la presenza, nella pleura, di aria e di liquido. Tuttavia se aria e liquido sono necessari, non sono però sufficienti. Per cercare di stabilire una interpretazione il più possibile esatta del fenomeno acustico in parola, cerchiamo di analizzarlo nella sua essenza, e di dividerlo possibilmente nei suoi elementi costitutivi. Secondo me esso è un timpanismo metallico; il suono timpanico dato dal sistema uniforme della raccolta gassosa, è mescolato a ipertoni metallici disarmonici orginantisi nella sacca stessa in cui sono presenti particolari condizioni fisiche. Sappiamo che il suono timpanico si chiama così perchè somiglia al suono del timpano, è, cioè, sonoro come il timpano. I toni musicali per la loro armonia sono suoni sonori per eccellenza; caratteristica acustica del timpanismo è l'esistenza di un tono dominante sopra alti toni parziali. Secondo Paul Martini due sono i fattori fisici dai quali dipende il grado di timpanismo:

a) Quanto più un sistema è uniforme, tanto più facilmente esso dà luogo alla produzione d'un suono dominante. E nel corpo umano i sistemi più uniformi sono quelli contenenti aria (stomaco, intestino, pneumotorace, caverne).

b) Quanto più il suono è forte e sottile il mezzo di trasmissione (parete toracica, parete addominale) tanto più netto è il timpanismo.

Secondo Carpi un fattore importante perchè si formi il suono timpanico, è che le pareti che racchiudono il gas non siano eccessivamente tese; ragione per la quale difficilmente si forma suono timpanico in pneumotorace terapeutico, poichè la pressione endopleurica in esso raggiunge sempre valori elevati, e solo quando la raccolta pneumotoracica sia piccola, e le pareti che la racchiudono poco tese, può ottenersi dalla percussione suono timpanico; nel quale caso si avrebbe anche la convibrazione dell'aria esistente nell'albero bronchiale. Tuttavia, secondo Riccioli, per la produzione di suono timpanico, non è *conditio sine qua non* la piccolezza della cassa acustica, per cui compare timpanismo tanto su cavità piccole (intestino) come su cavità ampie (stomaco). Nell'idrotorace, la raccolta gassosa, sistema uniforme, può dar luogo al tono dominante, necessario per la formazione del suono timpanico.

Nei casi sopracitati, nell'uno e nell'altro avevamo pressioni nè troppo elevate nè trop-

po basse, cioè pressioni medie aggirantisi intorno allo zero; la sacca aerea era nel primo caso piuttosto ampia e nel secondo un po' meno, ma sempre notevole. Grande differenza invece esisteva nelle pareti toraciche, spesse, grosse nel primo, sottili nel secondo caso. E questa differenza del mezzo di trasmissione del suono, era causa della evidente differenza del grado di timpanismo nei due casi citati.

Ma a dare al suono che descriviamo la peculiarità spiccata che lo distingue e che ne determina l'essenza caratteristica, concorre, ed è fondamentale, un altro elemento: il metallismo. Secondo Wintrich, citato dal Carpi, il suono metallico si produce per la percussione di ampia raccolta di aria circondata da pareti liscie, chiuse, o con l'apertura molto stretta; in tali condizioni sarebbe possibile una riflessione perfetta delle onde sonore contro le pareti liscie della cavità, in modo da formare un sistema di onde chiuso (Wintrich).

Geigel, citato pure da Carpi, si rifà alla dottrina dei suoni di Helmotz. L'alta tensione dei mezzi elastici fornisce la discontinuità del suono di percussione, e gli stati vibratori discontinui sono condizione favorevole per la produzione di ipertoni. Dalle vibrazioni discontinue nascono non solo toni armonici del fondamentale (ipertoni armonici), anche numerosissimi ipertoni disarmonici che prevalgono sui primi e dànno le caratteristiche del suono metallico (ipertoni metallici). Il suono prevalente può scomparire (Geigel) *ma può anche sussistere con quello di risonanza metallica* (Sahli).

È necessario quindi, perchè si produca il suono metallico in una cavità, che le pareti siano liscie, tese, perchè i toni alti vengono assorbiti dai tessuti flaccidi, mentre sono bene condotti da quelli solidi, tesi. Di più, è necessaria una certa grandezza della cavità (che Paul Martini indica di almeno 6 cm. di diametro) poichè quanto più ampia è la sacca aerea tanto più ravvicinati sono i toni superiori. Secondo Martini il numero delle vibrazioni del suono metallico è di circa 3 mila al secondo, ciò che corrisponde all'altezza di tono dell'ottava alta tagliata 4 volte.

I rilievi clinici di Carpi dànno il suono metallico presente in pnx ampi, a pressioni positive, purchè non eccessivamente. E così, sempre secondo Carpi, è favorevole alla produzione del suono metallico una particolare conformazione della parete toracica; cioè è più evidente in pareti cedevoli con scarsi tessuti di rivestimento, poichè le pareti sottili modificano più sensibilmente le proprie condizioni di vibratilità in relazione alle variazioni della pressione endopleurica e riproducono quindi più squisitamente le condizioni fisiche per il suono metallico.

Resta ora a vedere se le condizioni sopra descritte per il timpanismo e il metallismo si ritrovino presenti nell'idro-pneumotorace perchè questo sia atto a dare suono timpanico-metallico.

E innanzi tutto è possibile la coesistenza in un suono delle due suddette proprietà? Risponde affermativamente Sahli dicendo che *è possibile la coesistenza di un tono dominante con ipertoni disarmonici di risonanza metallica.* Tuttavia a spiegare la peculiarità speciale del suono che descriviamo io non credo che sia sufficiente ciò che è stato detto innanzi sul timpanismo metallico. Teoricamente, secondo i concetti classici esposti, esso si dovrebbe potere avere anche in una sacca non contenente liquido purchè in essa si trovassero presenti le condizioni fisiche necessarie e sufficienti per la formazione del suono timpanico-metallico. Ora a mio modo di vedere non è assolutamente possibile l'esistenza di un suono di otre in una cavità non contenente liquido. E allora bisogna concludere che a dare al suono di otre il carattere che ne forma la differenza specifica da ogni altro suono, concorra necessariamente il liquido presente nella sacca. In che maniera questo può avvenire? La risposta non sembra facile e l'interpretazione che se ne può dare non può avere la pretesa della verità assoluta. Un rilievo semeiologico però può metterci sulla via di tale interpretazione. Io ho notato che la formazione del suono di otre si ha facendo la percussione circa al livello del liquido o un dito trasverso al di sopra di esso; nel qual punto l'intensità del suono è massima e va diminuendo sia verso l'alto che verso il basso per una estensione totale non superiore a due o tre dita trasverse. La massima intensità del suono si ha quindi praticamente al livello del liquido, mentre manca assolutamente percuotendo sia in piena sacca aerea che in piena raccolta liquida. Tutto ciò fa pensare che la percussione fatta al pelo del liquido trasmetta alla superficie di questo le vibrazioni della parete toracica le quali provocano sulla superficie del liquido stesso numerose onde di piccola ampiezza le quali nel mezzo aereo adatto acquistano il timpanismo metallico caratteristico del suono in parola. Percuotendo invece in piena sacca aerea o in piena raccolta liquida verrebbero a mancare le onde

suddette poichè la sfera di azione del corpo di percussione si sa che è necessariamente limitata. A provare tale spiegazione sta un altro dato semeiologico; facendo inchinare in avanti il malato in maniera da spostare il livello del liquido, si sposta anche il punto di formazione del suono di otre; ciò che sarebbe una convincente riprova di quanto è stato detto.

Abbiamo asserito innanzi che il suono di otre si può provocare percuotendo uno stomaco contenente notevole quantità d'aria in una certa tensione e liquido, come avviene in individui aerofagi. Nello stomaco si può avere il suono di otre percuotendo anche a una certa distanza dal livello del liquido perchè in esso le condizioni fisiche sono notevolmente differenti da quelle del torace, essendo le sue pareti molto più sottili, quindi più flessibili e più facilmente vibranti e perciò più facilmente trasmettono le loro vibrazioni alla superficie del liquido in esse contenuto. Tuttavia, se si ha l'accortezza di fare la percussione molto leggermente, il liquido non entra in vibrazione e manca il suono di otre.

Possiamo quindi ritenere che alla insorgenza di questo nell'idropneumotorace concorrano le onde che si provocano, con la percussione, sulla superfice del liquido; tali onde non possono essere, come abbiamo detto che di piccola ampiezza; quando questa aumenta si giunge al rumore di sguazzamento, e alla succussione ipocratica; per la qual cosa il suono di otre, fatte le debite proporzioni ha le stesse determinanti fisiche del fenomeno di succussione.

Quale importanza ha la parete toracica per il suono stesso? Sappiamo che le vibrazioni degli organi interni del torace sono trasmesse attraverso le vibrazioni impresse alla parete toracica; quindi due sono le componenti: *a*) suono proprio della parete toracica; *b*) vibrazione degli organi endotoracici trasmessi alla parete stessa. Le oscillazioni della parete toracica, essendo questa un corpo ampio, sono esclusivamente trasversali e la flessibilità del corpo vibrante determina l'ampiezza delle vibrazioni trasversali, cioè la capacità di vibrare; quanto più la parete è flessibile tanto meglio, quanto più è resistente tanto peggio le vibrazioni del suo contenuto si trasmettono a questa parete e da essa all'orecchio del medico (Martini). La flessibilità della parete toracica dipende dalle coste, dalla muscolatura, dal pannicolo adiposo. Nei due casi nostri avevamo due tipi completamente opposti, a pareti toraciche grosse, resistenti l'uno, sottili esili, flessibili l'altro. Nel primo il suono di otre aveva una intensità notevolmente più debole dell'altro, così come nello stomaco l'intensità è ancora maggiore perchè assai flessibili sono le sue pareti.

Quanto allo stato fisico del liquido esso può avere notevole importanza nella genesi del suono descritto, importanza dipendente dalla densità del liquido stesso; in liquido limpido, poco denso più facilmente si formano alla sua superficie le onde di percussione; mentre in raccolta di liquido denso purulento, assai più difficilmente ciò avviene; per cui teoricamente è più facile trovare un suono di otre in un idro-pneumotorace che in un piotorace.

Per quanto sopra si è detto e corrispondentemente al reperto clinico, il punto in cui bisogna percuotere per ottenere il suono di otre nella sua massima intensità è circa un dito trasverso al di sopra del livello del liquido; diminuisce e scompare gradatamente a partire da questo punto sia verso l'alto che verso il basso. Lungo le linee toraciche verticali posteriori si provoca più facilmente che in quelle anteriori e laterali, ma è chiaro che tale rilievo non può avere valore se non in quanto il polmone sia scollato completamente, non potendo certo il fenomeno verificarsi in corrispondenza di zone aderenziali delle pleure.

Riepilogando, vediamo ora se sia possibile stabilire le condizioni fisiche nelle quali si produce il suono in parola. Ciò non sembra affatto agevole; i rilievi clinici dànno una straordinaria instabilità di tale suono. Io l'ho visto scomparire facendo piegare il paziente sia di lato che in avanti o all'indietro; l'ho visto scomparire anche dopo che il paziente, fatti alcuni movimenti col torace in diverse direzioni, riprende la posizione che teneva prima e nella quale si aveva il suono di otre; e l'ho visto ricomparire dopo alcuni istanti dacchè il paziente aveva ripreso la primitiva posizione; così come nel secondo caso da me descritto, il suono spariva dopo aver estratto dal cavo pleurico una certa quantità di liquido e insufflato un minor volume di ossigeno.

Tutto ciò indica come instabili debbano essere le condizioni fisiche del cavo pleurico nelle quali il fenomeno è presente.

Possiamo dire col Riccioli che le variazioni plessimetriche nell'HPNX sono in rapporto specialmente coi seguenti elementi:

a) ampiezza della camera;
b) quantità del liquido;
c) tensione del gas;
d) levigatezza delle pareti;
e) presenza e forma delle aderenze;
f) sclerosi delle pareti.

Se le leggi fisiche rimangono inalterate nella determinazione dei vari caratteri del suono, tuttavia *regole semeiologiche fisse per stabilire le condizioni anatomo-patologiche in cui si ottiene un certo suono, non possono essere stabilite.*

Tuttavia, dai casi da me osservati ho riportato l'impressione che affinchè si abbia il suono di otre in HPNX debbano essere presenti almeno le seguenti condizioni:

a) notevole volume della sacca aerea;

b) pressione di essa non inferiore allo zero;

c) notevole quantità di liquido;

d) scarsa densità di questo.

Tali condizioni erano clinicamente presenti nei due miei casi, mentre in molti altri ove esse mancavano non si riscontrava il suono di otre per quanto accuratamente cercato.

In conclusione possiamo dire che in verità è difficile poter stabilire le esatte condizioni fisiche in cui si produca il suono in parola, poichè la sua straordinaria instabilità in un cavo toracico contenente gas e liquido, lascia perplessi dinanzi a qualsiasi tentativo di asserto definitivo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un nuovo fenomeno fisico riscontrato nel siero-pneumotorace che egli propone di chiamare: « *Suono idro-pneumotoracico di otre o semplicemente*: *suono di otre* ». Tale fenomeno è dato da un timpanismo metallico *sui generis* e trova la propria determinante fisica in peculiari condizioni del cavo pleurico nel quale siano presenti liquido ed aria in dovute proporzioni, ed altre condizioni particolari della parete toracica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Mantova - Reparto Chirurgia Generale.

Direttore primario: dott. MAMBRINI.

Un caso di frattura per affondamento traumatico della cavità cotiloide con lussazione intrapelvica della testa femorale.

Dott. ENZO TRUZZI, assistente.

Con la denominazione di frattura per affondamento traumatico della cavità cotiloide con lussazione intrapelvica della testa femorale, recentemente introdotta dal Romani, si intende un tipo speciale di frattura della cavità cotiloide in cui, attraverso al fondo fratturato dell'acetabolo, si ha la migrazione della testa femorale nel bacino.

Questa rara affezione è assai interessante oltre che per la prognosi, che è spesso letale, anche per le scarse cognizioni che si hanno sulla sua patogenesi, diagnosi e cura.

Noi la troviamo descritta con denominazioni varie dai diversi autori:

« Lussazione centrale dell'anca » (Sonntag).

« Frattura cotiloidea con lussazione intrapelvica della testa femorale » « Luxatio femoris centralis » (Delitala, Krönlein, Wolf, Worner, Amante).

« Irruzione pelvica della testa femorale » (Froelich).

« Lussazione pelvica transcotiloidea della testa femorale » (Rocher).

I francesi la includono nella denominazione generica di « Fractures par enfocement de la cavité cotiloïde » (Cottalorda). È chiaro però che la definizione del Romani anche dal lato eziologico è la più esatta e comprensiva della lesione in parola.

Descriviamo un caso capitato sotto la nostra osservazione.

P. Z., di anni 42, contadino, di Goito.

Entra ricoverato d'urgenza nel Reparto Chirurgico dell'Ospedale di Mantova il 30 maggio 1928.

Gentilizio negativo.

Nessuna malattia degna di nota nei precedenti personali.

Il paziente riferisce che nella mattinata è caduto da un gelso dove era salito a raccoglier foglia, battendo fortemente a terra con il fianco sinistro.

Ha avvertito subito un forte dolore all'anca e non è stato più capace di alzarsi.

Esame obiettivo. — L'a. appare un uomo di costituzione fisica robusta, nel pieno vigore delle sue forze, con masse muscolari bene sviluppate e toniche.

Giace in decubito laterale destro tenendo la coscia sinistra flessa sul bacino.

Messo in decubito supino l'arto inferiore sinistro assume un atteggiamento di rotazione esterna e leggera abduzione.

I movimenti dell'arto sono ridottissimi ed alquanto dolorosi.

La regione del gran trocantere appare appianata e la mano in detta regione si può infossare più che a destra.

Notasi vasta zona ecchimotica alla regione inguino-crurale sinistra. Con l'esplorazione rettale ischio-pubico sospinto nel bacino, ha fatto perno sulla tuberosità ischiatica e branca ascendente dal pube che si sono fratturate. Il foro otturatorio è molto rimpicciolito.

Trattamento (Prim. Mambrini).

1-IV-28. Messo l'a. sul lettino del Rossi, in narcosi si compie progressiva trazione longitudinale sull'arto mentre altra forte trazione si esegue alla radice della coscia, in senso trasversale secondo la direzione del collo del femore.

Si fissa l'arto in apparecchio gessato grande.

Il giorno 4-VII-28 si toglie l'apparecchio gessato e dopo aver constatato il minimo accorciamento (meno di 1/2 cm.) e la buona funzionalità dell'arto si dimette il paziente chirurgicamente guarito raccomandando cure chinesi-terapiche.

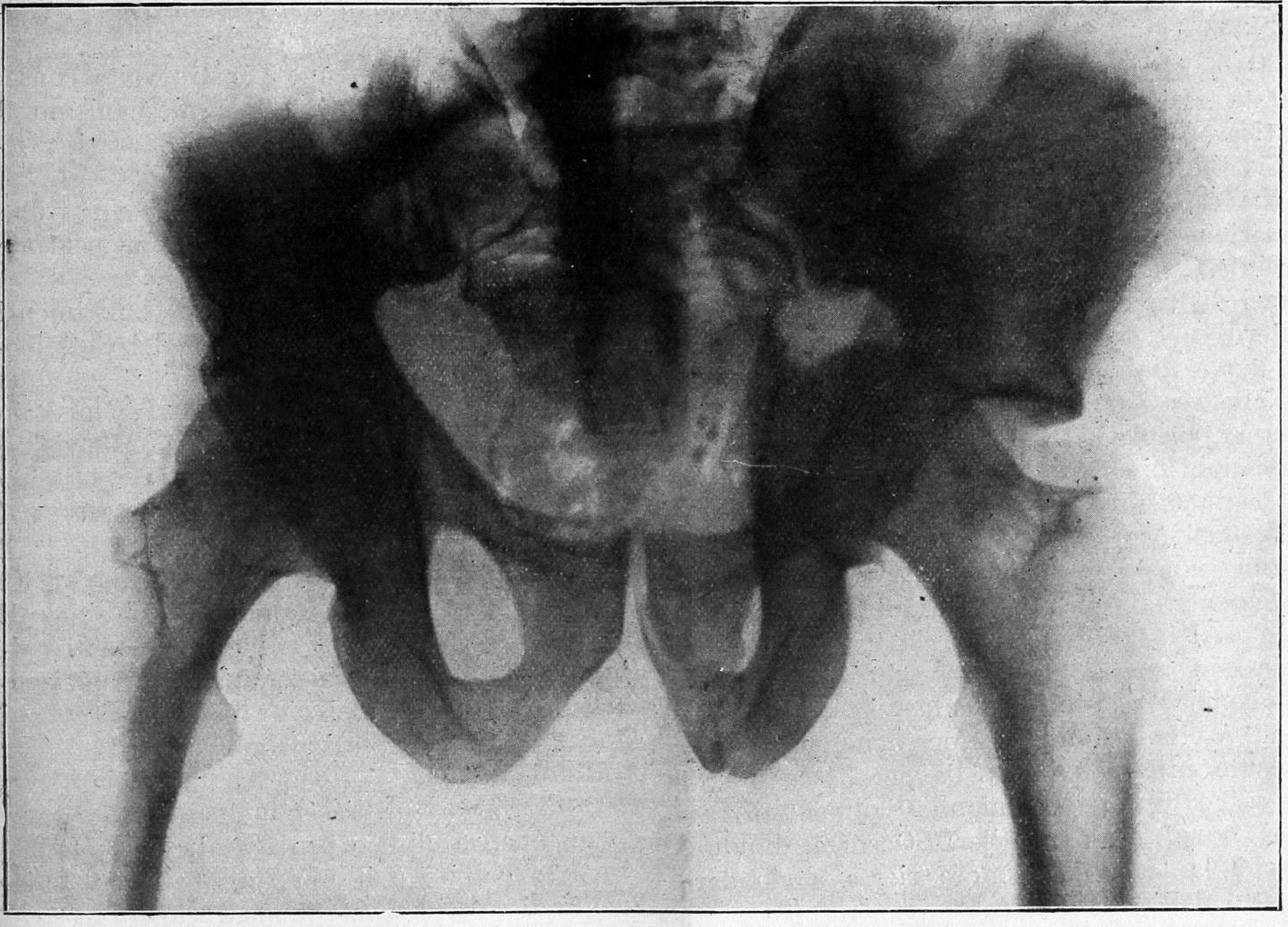


Fig. 1.

si nota, in alto, la presenza di una intumescenza rotondeggiante, mobile, imprimendo movimenti all'arto, assai dolente.

La linea di Roser-Nélaton, di Schumacher, il triangolo di Bryant rivelano che il gran trocantere sinistro è risalito di circa 2 cm. più che di norma.

Procedendo alla misurazione degli arti dalla spina iliaca anteriore superiore al malleolo interno si ha: a destra cm. 89; a sinistra cm. 87; cioè si constata un accorciamento di 2 cm. a carico dell'arto inferiore sinistro.

L'a. accusa disturbi di paresi vescicale. Le urine sono normali.

Esame radiologico (Dott. Mantovani). — La radiografia dà il seguente referto:

Lussazione centrale dell'anca sinistra determinata dalla compenetrazione della callotta femorale nel bacino per frattura della cavità cotiloidea a tutto spessore in corrispondenza della sede della cartilagine ad Y; il grosso frammento ileo-

Rivediamo l'a. dopo circa un anno e cioè il 6-V-29.

L'a. ha deambulazione solo lievemente claudicante; sale benissimo le scale senza appoggio alcuno di bastone.

I movimenti dell'articolazione coxo-femorale si compiono come di norma; residua soltanto una leggera limitazione nell'adduzione e flessione.

L'accorciamento dell'arto è insensibile (meno di 1/2 cm).

Il primo autore che parla di questa lesione è il Callisen nel 1788.

Più accurate osservazioni anche basate su dati anatomopatologici furono fatte in seguito da parecchi autori.

Dal 1902, epoca dopo la quale comincia il sussidio prezioso dell'indagine radiologica, le osservazioni si moltiplicarono sia all'estero che in Italia.

Nel 1928 il Romani nella sua magistrale monografia ne raccoglie 135 casi, escludendo però i 10 di Cottalorda ed i suoi 4 personali.

Se a questi aggiungiamo un caso descritto da Catterina, un altro recente di Mocquot e la presente nostra osservazione, possiamo concludere che i casi sinora descritti assommano a 152.

Eziologia. — Come la denominazione da noi adottata chiaramente indica, la eziologia di questa lesione è quasi esclusivamente traumatica.

Ci limiteremo soltanto ad accennare che anche cause patologiche possono provocare la lussazione centrale del femore. Valentin e Müller infatti ne descrivono tre casi: in uno trattavasi di tumore secondario da epitelioma dell'utero, nel secondo di una coxite specifica, nel terzo di una forma gonococcica.

Nella stragrande maggioranza dei casi è un trauma cospicuo che colpisce il paziente in condizioni cinematiche speciali e secondo una determinata direzione agisce.

Trattasi per lo più di individui che cadono da una considerevole altezza a terra battendo fortemente con una delle regioni trocanteriche.

In casi isolati si è avuta la lussazione centrale con meccanismi di produzione eccezionali come una caduta violenta sui piedi (Kroenlein, Aseilza, Fouller, Kousmene) un colpo violento inferto sulle spalle per la caduta di un sacco da un terzo piano (Campenon-François) o sul sacro (Müller). Occorre dunque, perchè la testa del femore riesca a sfondare il tetto dell'acetabolo:

1) traumatismo sufficiente;

2) collo femorale molto resistente;

3) applicazione della forza traumatizzante secondo la direzione del collo del femore;

4) determinata posizione dell'arto, che, secondo le esperienze sul cadavere, sembra sia estensione, posizione intermedia fra l'abduzione e l'adduzione, rotazione interna.

Nei riguardi delle penetrazioni secondarie della testa giuocano un'azione senza dubbio importante, i muscoli del cingolo pelvico ed anche la pressione atmosferica secondo le esperienze dei fratelli Weber.

Per rendersi ragione del determinismo di produzione della lesione furono fatte dagli autori numerose prove sul cadavere. Vireveaux e Thévenot avrebbero per i primi tentata la riproduzione sperimentale della lussazione centrale del femore. Ed il primo di questi autori sarebbe arrivato a risultati eccezionali (4 volte su 16) mettendo l'arto in estensione, abduzione e rotazione interna.

Amante su 60 esperienze sul cadavere in 2 soli casi riuscì ad ottenere la lesione (Romani).

Cottalorda afferma di essere arrivato alla riproduzione quasi infallibile della frattura con un traumatismo diretto obliquamente in basso ed in dentro, l'arto essendo in estensione e rotazione interna forzata e con una posizione intermedia fra l'abduzione e l'adduzione.

In tale modo l'ottenne per tre volte consecutivamente. Sempre con tale meccanismo il Romani riuscì una sol volta su 22 casi a riprodurre la lesione.

Il Catterina su 6 esperienze mai una volta riuscì ad ottenere la pura lussazione centrale del femore.

Anche noi abbiamo eseguito 3 esperimenti sul cadavere seguendo la tecnica del Cottalorda, ma senza successo.

Le difficoltà della riproduzione sperimentale stanno dunque a dimostrare quali ostacoli si oppongano alla frattura della cavità cotiloide e compenetrazione della testa femorale nel bacino.

Per contro ci danno ragione della rarità dell'affezione. Circa la frequenza, nei riguardi del sesso per ragioni sociali più frequenti nell'uomo (più esposto ai traumatismi) nei riguardi dell'età più nei giovani che nei vecchi (a collo femorale assai debole).

Sintomatologia. — Questa particolare varietà di frattura dell'acetabolo è caratterizzata da un quadro clinico ben definito.

L'arto colpito è il più sovente in atteggiamento di rotazione esterna, abduzione ed estensione più raramente si nota la rotazione interna combinata all'adduzione.

Boekel ha fatto rilevare che questo atteggiamento è immediato e più spesso fisso. Si ha notevole appiattimento della regione del gran trocantere (segno di Roux) il quale appare per lo più risalito; questo segno ci sarà svelato con la ricerca della linea di Roser-Nélaton, di Schumacher, e del triangolo di Bryant.

Esiste sempre un accorciamento reale dell'arto che può andare da 1 sino a 5 centm.

È classico dare come frequente la comparsa di ecchimosi sopra l'arcata di Poupart (segno di Lassen) o allo scroto (ecchimosi nummulare o segno di Destot). Secondo Cottalorda questi sintomi sono invece rari.

Come segni funzionali si ha l'impotenza assoluta immediata ed il dolore spontaneo e

provocato con la palpazione sul gran trocantere, al pube, alla fossa iliaca e con la provocazione dei movimenti.

Altri segni molto più rari sono la crepitazione, la tumefazione addominale, il segno di Allis (flaccidità del tensore fascia lata). Inoltre si possono avere disturbi di paresi del retto e della vescica.

Però i criteri patognomonici su cui si basa la diagnosi di *luxatio femoralis centralis* ci sono dati:

1) dall'esplorazione rettale;

2) dall'indagine radiologica.

Con l'esplorazione rettale si riesce a palpare un corpo duro, rotondeggiante, dolente, spostabile coi movimenti impressi all'arto, che è la testa femorale spostata nel bacino.

E da quando il Boekel nel 1880 per primo rilevò questo segno quasi tutti gli autori sono d'accordo nel ritenerlo sintoma patognomonico della lesione quantunque due autorevoli chirurghi francesi (Cottalorda e Lenormant) tendano a sminuirne l'importanza.

È la radiografia infine che ci dà la chiave della diagnosi. In uno studio radiologico assai accurato Cottalorda distingue:

1) fratture senza irruzione (che a noi non interessano);

2) fratture con irruzione parziale.

Le caratteristiche sono le seguenti:

a) aspetto a scacchiera (en damier) dell'estremità superiore del femore (due zone chiare separate da una zona scura corrispondente alla proiezione del cotile sulla testa che l'attraversa);

b) accorciamento del collo femorale;

c) scomparsa di ogni traccia dell'articolazione coxo-femorale.

3) fratture con irruzione totale.

I segni radiografici principali sono:

a) aspetto a scacchiera dell'estremità superiore del femore (due zone chiare: testa e gran trocantere; una zona scura: collo);

b) contatto dei punti femorali e pelvici.

Diagnosi. — La diagnosi precoce di questa affezione è quanto mai necessaria per un trattamento efficace.

Ora se si tiene conto dei sintomi sopra esposti difficilmente si è tratti in errore.

La lussazione centrale del femore può essere scambiata per una frattura del collo chirurgico, per lussazione anteriore pubica o per una semplice contusione dell'anca.

In questa ultima diagnosi non bisogna adagiarsi con eccessiva sicurezza e nel dubbio eseguire l'indagine radiologica. Sembra infatti che i casi di contusione pura dell'anca siano estremamente rari.

Prognosi. — Sempre di una certa gravità è spesso letale. Dalla statistica riportata dal Romani su 135 osservazioni sono segnalati 21 esiti infausti, 77 guarigioni con riduzione funzionale, 29 guarigioni complete.

Cottalorda di 86 casi in cui potè seguire l'evoluzione completa riferisce i seguenti risultati:

morti 24 = 27.5 %; anchilosi 35 = 40.6 %; guarigioni 27 = 31.3 %.

Nel nostro caso possiamo parlare di guarigione.

La fotografia che si presenta lo dimostra chiaramente.

Quali complicazioni che possono aggravare



FIG. 2. — Risultato.

la prognosi si possono avere, oltre allo schock, lesioni vasali dell'arteria otturatoria (Ruotte), della vena iliaca esterna (Graessner), nervose da compressione del nervo otturatorio (Froelich-Vireveaux-Lawson), del nervo femorale (Amante), del nervo crurale e ischiatico (Goodle), del nervo peroniero (Rahmann), lesioni dell'uretra (Fuller), della vescica (Vireveaux), la rottura del colon (Katz), ematomi dello psoas con tendenza alla suppurazione. Trattandosi di lesione che nella maggioranza dei casi è la conseguenza di un infortunio sul lavoro anche dal punto di vista medico-legale la prognosi è di una certa importanza.

Gli autori hanno osservato una riduzione funzionale con diminuita capacità lavorativa oscillante dal 15 al 60 %.

Cura. — Un trattamento sicuro che dia garanzia di perfetti risultati funzionali ancora non si conosce. Furono tentati metodi diversi, dai più semplici, quali la comune trazione a pesi in senso longitudinale ai più difficili e cruenti come la resezione dell'anca di Ollier

con il trapianto di aponeurosi di fascia lata (Catterina).

Delitala è dell'avviso che non vi siano regole generali da poter applicare in tutti i casi poichè a seconda del grado e del punto di frattura del cotile variano i rapporti di questo col collo e col capo femorale.

Nei due casi da lui descritti in uno ottenne la riduzione con la semplice trazione continua a pesi e dopo 10 giorni applicazione di apparecchio gessato, nell'altro essendo riuscite vane le manovre di riduzione con la trazione longitudinale, praticò una incisione della cute in corrispondenza del gran trocantere scoperto il quale, afferratolo con una pinza di Museau, potè esercitare una forte trazione laterale ottenendo il ritorno del capo femorale al proprio posto.

Melchior esercitò la trazione in senso trasversale avvitando sul gran trocantere un trapano da miomi.

Franke consiglia di sostituire al trapano una vite di legno posta con l'estremità ad uncino in modo da applicarvi più facilmente una trazione continua a pesi.

Putti ha ideato un metodo speciale per mezzo del quale esercita la trazione seguendo l'asse longitudinale del collo del femore su un chiodo traversante la base del gran trocantere. La contenzione è stata ottenuta con un grande apparecchio gessato sistema Withmann.

Tutti gli autori però insistono nel concetto che il trattamento debba essere quanto più possibile, precoce.

Così Froelich, così Withmann, così Romani che in uno dei suoi casi si servì della sola trazione trasversale alla radice della coscia.

Nel nostro paziente ottenemmo un risultato ottimo mettendo l'A. in narcosi sul lettino del Rossi ed unendo alla trazione longitudinale la trazione in senso trasversale indi fissando in apparecchio gessato grande.

Anche dalla bibliografia consultata questo appare il metodo più semplice e che ha dato i migliori risultati.

Citeremo infine alcuni autori (Lendrich, Worner, Wolf, Simon) che stimando inutili tutti gli interventi cruenti od incruenti, abbandonarono gli ammalati al loro destino. Come esito però ebbero costantemente anchilosi più o meno completa, deambulazione claudicante e dolorosa.

CONCLUSIONI.

1) La frattura per affondamento traumatico della cavità cotiloide con lussazione intrapelvica della testa femorale è una affezione rara a riscontrarsi ma a quadro clinico e radiologico ben definito.

2) Canone fondamentale per un trattamento efficace è di intervenire precocemente.

3) Prima di procedere con sistemi complicati o cruenti conviene tentare il metodo della trazione combinata in senso longitudinale e trasversale in narcosi che ha dato i migliori risultati.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di frattura per affondamento traumatico della cavità cotiloide con lussazione intrapelvica della testa femorale.

Dopo averne tratteggiato il quadro clinico e radiologico, l'A. si diffonde a parlare dei diversi metodi di cura cruenti ed incruenti, concludendo che per ottenere buoni risultati funzionali della lesione, rara a ricontrarsi ed a quadro clinico-radiologico ben definito, occorre intervenire precocemente con una trazione combinata in senso longitudinale e trasversale.

BIBLIOGRAFIA.

AMANTE. *Med. degli Infortuni sul lavoro*. Perugia, 1909.

BASSET. Archiv. Franco-Belges de Chir., n. 12, 1924.

BOCKEL. Gaz. Médic. de Strasbourg, 1873; Ibid., 1880.

BOSCH. Schweizerische mediz. Wochensch., t. LI, 1921.

CATTERINA. La Chirurg. Org. di Movimento, volume XI, fasc. 6, 1927.

CHIARUGI. Archivio di Ortopedia, fasc. I, 1915.

COTTALORDA. Thèse Montpellier, 1922; Lyon Chirurgical, 1923, n. 1; Marseille Médicale, 1922, n. 9; La Presse Médicale, 23 mars 1929.

DEFOUR. Thèse de Montpellier, 1925.

DELITALA. Archivio di Ortopedia, vol. XXX, 1913.

DRONART. Thèse de Paris, 1926.

FROELICH. Revue d'orthopédie, a. XXVI, t. VI.

GUELTON. Thèse de Lille, 1922.

GUNZIER. Bruns' Beitrage zur Klinischen Chir., t. CXXXIII, n. 4.

GUILLEMIN. Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurg., n. 29, 1928.

HEUNSCHEN. Beitrage zur Klin. Chirurg., vol. LX, 1909.

KATZ. Ibid., XXXIII, 1902.

KROENLEIN. Deutsche Chirurgie, 1882.

LAWSON. The Lancet, vol. I, 1878.

LE CONTE DES FLORIS. Thèse, Alger. 1926.

LE GALL-LA SALLE. Revue brétonne d'Obst. et de Chirurg., 1922, n. 3.

LEGROS. Gazette des Hôpitaux, n. 108, 1910.

LENORMANT. La Presse Médicale, n. 50, 1928.

NUZZI. Riforma Medica, t. XL, n. 27, 1924.

PILVEN. Gazette Méd. de France, 1928, n. 4.

PUTTI. La Chir. Organi di movimento, vol. XI, 1927.

RAHMANN. Beitrage zur Klinische Chirur., 1921.
ROMANI. Chirurgia Org. Mov., t. XII, f. 4, 1928.
RECHEMBERG. Diss. Berlin, 1904.
ROUVILLAIS et MAISSONET. La Médecine, 1925, II.
SILVESTRINI. Gazz. Intern. di Med. e Chir., n. 8, 1914.
VALENTIN e MULLER. Archiv. f. Klinische Chir., 1921.
VERGOZ. Revue de Chirurgie, 1926.
VERTRAETZ. V Congrès International des accidents du travail. Budapest, 1928.
VIREVAUX. Thèse de Lyon, 1889.
WHITMANN. Annals of Surgery, t. LXXI, n. 1, 1920.
WOLF. Annals of Surgery, t. LXXI, 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La puntura sottoccipitale.

(W. PIRES. *Presse Médicale*, 25 gennaio 1930).

La puntura sottoccipitale o della cisterna magna fu per la prima volta praticata sull'uomo nel 1919 dai medici americani Wejefort, Ajer ed Essech e raccomandata in Germania nel 1921 in un lavoro di Eschuchen.

Essa ha notevoli vantaggi sulla puntura lombare. La cefalea, la rachialgia, le vertigini, le nausee, i vomiti e tutto l'insieme dell'intolleranza si verificano solo raramente.

In dieci casi nei quali si erano avuti disturbi in seguito alla puntura lombare, la puntura sotto-occipitale praticata un mese dopo con la fuoriuscita della medesima quantità di liquor non dette alcun sintoma d'intolleranza.

In quindici casi nei quali la puntura sottoccipitale era stata perfettamente tollerata, la puntura lombare praticata un mese dopo estraendo la stessa quantità di liquor provocò sintomi d'intolleranza malgrado tutte le precauzioni adoperate. Le due specie di puntura furono fatte con aghi del medesimo calibro.

Le statistiche dell'autore, che ha praticato 4500 punture lombari e 1528 sottoccipitali danno il 20 % di accidenti più o meno gravi per la prima mentre solo nell'1 % per la seconda si ebbe una cefalea che durò due o tre giorni. Non si ebbero mai accidenti mortali.

Laplane registrò tre casi di cefalea su 300 punture sottoccipitali.

Nonne nel 1924 praticò 310 punture sottoccipitali. In un vecchio di 70 anni affetto da arteriosclerosi si ebbe la morte prodotta dall'emorragia dell'arteria cerebellare posteriore ed inferiore, che invece di essere laterale era deviata verso la linea mediana.

I casi di morte consecutivi alla puntura sottoccipitale sono rari e certo con una percentuale inferiore a quelli consecutivi alla puntura lombare.

Golla ed Hermann hanno spiegato questa minore pericolosità della puntura sottoccipitale con un meccanismo complicato. La pressione del liquor è equilibrata da un meccanismo regolatore, la cui zona riflessa è localizzata nella regione sacrale. La puntura lombare provocherebbe un'ipersecrezione ventricolare riflessa, mentre la sottoccipitale non ecciterebbe il meccanismo regolatore.

La spiegazione è più semplice e basata sulla patogenesi degli accidenti. La regione sottoccipitale si presta meno al drenaggio sottoaracnoideo. La dura madre è meno distesa e generalmente la pressione è bassa o negativa. Perciò una volta ritirato l'ago non si ha più scolo di liquido e quindi la mancanza di fenomeni d'intolleranza.

La puntura sottoccipitale è largamente applicata in clinica a scopi diagnostici e terapeutici.

La puntura può essere fatta in posizione seduta o in decubito laterale. Nel primo caso nella cisterna la pressione è negativa ed il liquor deve essere aspirato, nella posizione orizzontale la pressione è generalmente eguale a quella della regione lombare.

È preferibile, specie per gli psicopatici, la posizione orizzontale, che consente anche la misurazione della pressione del liquor.

È necessario che la testa sia inclinata in avanti in modo che il mento tocchi la parte superiore dello sterno, ed in modo che il piano medio-sagittale del capo coincida rigorosamente con il piano medio-sagittale del tronco. Come punti di orientamento si possono utilizzare in alto la protuberanza occipitale esterna, in basso l'apofisi spinosa, lateralmente le estremità delle apofisi mastoidee. Riunendo questi quattro punti con linee si ha all'intersezione sulla linea mediana il punto nel quale si deve praticare la puntura.

Il criterio più sicuro è quello di fare la puntura immediatamente al di sotto dell'occipitale.

L'ago s'introduce obliquamente montando verso il forame occipitale. Sormontata la prima resistenza (setto medio che separa i muscoli della nuca), segue una seconda (membrana atloide-occipitale interna). L'ago non deve essere ulteriormente spinto per oltre un cm. e mezzo.

La sensazione di attraversamento della dura madre è più netta che nella puntura lombare, ed il paziente in quel momento accusa uno shock quasi convulsivo, che è il segno evidente che la punta dell'ago trovasi in piena cisterna.

È opportuno avvertire che quando si forza la massa muscolo-legamentosa, l'orientazione dell'ago è come se volesse raggiungere la regione frontale a 2 cm. al di sopra della regione sopraciliare.

È prudente rinunziare alla puntura quando l'ago non può raggiungere il contatto con l'osso occipitale.

Secondo Nonne e Hartwich l'ago non deve essere affondato per oltre 3-8 cm. di cui un cm. e mezzo verso la parete centrale del ven-

tricolo. Per evitare che l'ago continui a penetrare al di là del limite necessario Nonne ha fatto graduare l'ago in cm.

La deviazione della linea mediana deve essere assolutamente evitata.

Generalmente la cisterna trovasi a cinque cm. di profondità, ma questa profondità è molto variabile.

L'emorragia è rara; Nonne l'ha osservata 5 volte in 1310 casi e l'autore 35 volte in 1528 casi.

L'anestesia locale è inutile.

La puntura sottoccipitale è quasi indispensabile per la diagnosi radiologica delle malattie midollari secondo il procedimento di Sicard. Il lipiodol iniettato nel canale rachideo consente di diagnosticare tumori, fratture, aderenze, ecc. S'inietta un cmc., mai più di 20 cmc., di olio iodato al 20-40 %, mettendo molta cura ad evitare le bolle d'aria. Quindi il paziente è posto in posizione verticale e con piccole scosse si facilita la discesa dell'olio iodato. Per lo più si hanno dolori con segni manifesti d'irritazione meningea.

Ponendo il paziente a testa bassa l'olio iodato fa un cammino inverso ed entra attraverso il grande *foramen* ed i peduncoli cerebrali.

La decompressione mediante la puntura sottoccipitale guarisce la meningite sierosa.

Per detta via si possono introdurre medicamenti (tossina antitetanica, siero meningococcico, chinina, ecc.) che vengono a diretto contatto con il cervello ed il midollo.

Ayala ha ottenuto brillanti risultati curando l'epilessia con iniezioni di luminal nella cisterna magna.

Vi sono casi nei quali la puntura sottoccipitale è specificamente indicata: blocco sottoaracnoideo, meningite localizzata, calcificazione legamentosa della regione lombare, tumori cerebrali.

In casi di compressione midollare le punture sottoccipitale e lombare consentono di apprezzare le differenze del liquor sopra e sotto la compressione.

La puntura sottoccipitale per la sua importanza in diagnostica ed in terapia deve entrare nella pratica comune dei neurologi.

Le diffidenze determinate dalla importanza e delicatezza dei tessuti presso i quali si fa la puntura non hanno ragione d'essere.

La puntura sottoccipitale è meno pericolosa e meglio tollerata dai pazienti, di quel che sia la puntura lombare. DR.

La meningo-encefalite da orecchioni primitiva.

(R.-J. WEISSENBACH, G. BASCH e M. BASCH. *Paris Médical*, 7 giugno 1930).

Mentre le reazioni meningee osservate nel corso dell'evoluzione degli orecchioni sono oggi ben conosciute, molto scarsi sono invece i casi pubblicati, nei quali le manifestazioni encefalo-meningee importanti hanno preceduto di parecchi giorni i fenomeni parotidei, i quali d'altronde possono anche mancare.

Due quadri clinici vanno presi in considerazione: 1) la meningo-encefalite da orecchioni primitiva seguìta da caratteristici orecchioni, che però manifestasi sotto tre forme: *a*) forma meningea pura nella quale i sintomi di localizzazione parenchimatosa sono lievi e spesso confusi nel quadro delle reazioni meningee; *b*) forma di meningo-encefalite con segni di localizzazione parenchimatosa importanti o predominanti; *c*) forma comatosa; 2) la meningoencefalite primitiva senza orecchioni consecutivi od autonoma.

In questi casi si tratta di fanciulli colpiti improvvisamente da sindrome meningea tipica: la puntura lombare mostra una netta reazione citologica; improvvisamente la malattia regredisce e il fanciullo guarisce. Una inchiesta accurata eseguita nella famiglia, nel vicinato, nella collettività frequentata dal malato rivelano l'esistenza di casi di orecchioni e la possibilità di infezione.

Lo studio completo del liquido cefalo-rachidiano mostra delle modificazioni molto vicine a quelle constatate nelle forme primitive seguìte da orecchioni e nelle forme secondarie osservate durante e dopo gli orecchioni.

Gli AA. sono venuti nella convinzione che lo studio del liquido cefalo-rachidiano possa fornire elementi diagnostico-probativi nelle meningo-encefaliti da orecchioni.

Se questo studio, che deve essere il più completo possibile, non permette di affermare con sicurezza la natura della meningite, permetterà però di eliminare le altre forme, come la tubercolare, la sifilitica, la meningococcica, ecc.

Gli AA., considerando i risultati della puntura lombare in un certo numero di casi di meningo-encefalite da orecchioni, hanno potuto gettare le basi della sindrome umorale cefalo-rachidea della meningo-encefalite da orecchioni primitiva.

Il *liquor* è chiaro, amicrobico, contenente una cifra relativamente bassa d'albumina, specie in rapporto alla grande quantità di cellule mononucleate linfocitarie; il tasso dello zucchero è quasi normale e quello dei cloruri un poco abbassato; la fibrina è assente.

E' da notare l'evoluzione abbastanza rapida dell'iperleucocitosi verso un numero debolmente aumentato prima, normale poi dei leucociti per millimetro cubo.

Di fronte ad uno stato meningeo che sopraggiunge in un paziente finora in buona salute, è bene tenere sempre presente la possibilità di una meningite da orecchioni. Si esploreranno perciò le regioni parotidee, sottomascellari e sottolinguali ed in assenza di ingorgo si ricercheranno i punti dolorosi. Nella evenienza di una forma autonoma si indagherà circa l'esi-

stenza di casi di orecchioni nella famiglia del paziente o nel vicinato.

Gli AA. passano quindi in rassegna le possibili diagnosi differenziali, specialmente dal punto di vista dell'esame del *liquor*.

La prognosi della meningo-encefalite da orecchioni primitivi è favorevole: in genere si tratta di una fiammata effimera.

In rari casi tuttavia si sono stabilite lesioni durature manifestate dalla persistenza di cefalea, fotofobia, segno di Kernig; oppure astenia, bradicardia, irritabilità ed anche crisi epilettiche fruste.

Terminando il loro lavoro gli AA. richiamano l'attenzione su due fatti senza dubbio importanti: il primo concerne la frequenza e la estensione della infezione parotidea epidemica, di fronte alla quale essi si domandano se nel gruppo degli « stati meningei acuti curabili » non si debba riscontrare un posto di una certa importanza alla meningo-encefalite da orecchioni primitiva; il che rischiarerebbe l'etiologia di un certo numero di stati meningei acuti cerebrali criptogenetici.

L'altra nozione sulla quale gli AA. insistono concerne la fisio-patologia generale degli orecchioni.

Diversi fatti hanno condotto i nostri AA. a pensare che, contrariamente alle attuali teorie, le alterazioni del liquido rachidiano non debbano considerarsi come manifestazioni primitive, ma come reazioni secondarie delle lesioni parenchimatose cerebro-midollari, dovute esse stesse alla localizzazione del virus degli orecchioni sul sistema nervoso centrale.

Finora l'affinità del virus degli orecchioni per il parenchima nervoso era sconosciuta od anche negata. Tale affinità del resto presenta in generale gli stessi caratteri di quella per il parenchima ghiandolare e cioè: inizio brusco dei sintomi, evoluzione rapida, cessazione completa o quasi. VICENTINI.

RENI E VIE URINARIE.

L'azotemia-limite e l'uremia cronica.

(J. CASTAIGNE. *Académie de méd.*, 3 dic. 1929).

L'A. raggruppa sotto la denominazione di azotemia-limite tutti i casi in cui l'urea del sangue ha dei valori di 0,40-1 grammo; questi valori non sono assoluti, in quanto che possono rientrare nella denominazione anche dei casi con 0,35 come degli altri con 1,20.

Su oltre 600 malati di morbo di Bright, l'A. ha trovato nel 73 % circa dei valori che rientrano nell'azotemia-limite, proporzione che si eleva al 77 % se si includono anche quelli con valori fino a g. 1,20.

I tipi clinici degli individui affetti da morbo di Bright sono: 1) *la forma florida*, dovuta generalmente ad eccessi alimentari che può guarire (se il regime è istituito a tempo) od almeno rimanere stazionaria od aggravarsi molto lentamente; 2) *la forma anemica*, che si accompagna generalmente a cloruremia secca e può complicarsi con acidosi; si tratta di casi ad evoluzione rapidamente grave, in cui i malati possono morire prima di avere un'azotemia elevata.

L'evoluzione dei malati con azotemia-limite è variabile; dalla statistica dell'A. risulta che il 43 % dei malati sono ritornati allo stato normale, il 21 % rimane ancora allo stato di azotemia-limite, nel 20 % si è avuta un'evoluzione lenta verso l'iperazotemia, il 16 % sono morti rapidamente senza nemmeno diventare iperazotemici.

Il valore pronostico dell'azotemia-limite è dunque variabile secondo i casi; essa va considerata insieme ad altri fatti:

1) dosamento dell'urea sanguigna, prima e dopo un regime di dieci giorni senza sale nè azoto; se l'urea diminuisce nettamente, la prognosi sarà buona;

2) ricerca della cloruremia secca e dell'acidosi nei malati, in cui, con la prova precedente, non si è avuto abbassamento dell'urea sanguigna. Si hanno allora le seguenti possibilità:

A) non vi è nè cloruremia secca, nè acidosi; la prognosi è ancora relativamente poco grave; si può prolungare la vita del malato mediante un regime severo ed un tenore di vita adatto;

B) vi è ritenzione clorurata, ma non acidosi; prognosi grave, ma il malato può sopravvivere ancora parecchi anni, pur con uno stato generale precario;

C) presenza di cloruremia secca e di acidosi; prognosi grave a breve scadenza. *fil.*

Come possiamo riconoscere precocemente il destino di un malato di sclerosi renale in base al reperto chimico del sangue?

(E. BECHER. *Munch. med. Woch.*, n. 12, 1930).

Il destino dei pazienti affetti da sclerosi renale è vario. Molti finiscono col morire in seguito ad insufficienza cardiaca. Un piccolo numero soccombe ad apoplessia, un numero ancora minore a polmonite od altre malattie intercorrenti. Gli altri finiscono con insufficienza renale e muoiono per uremia vera.

E' molto importante riconoscere in casi di ipertonia essenziale, se essa per lungo tempo sarà sopportata bene, rimanendo i reni sufficienti, oppure se esista il pericolo del passaggio in sclerosi maligna; in quest'ultimo caso si useranno tutte quelle misure terapeutiche che si applicano in casi di glomerulo-nefrite diffusa cronica per impedire per quanto è possibile l'insufficienza dei reni.

Nella nefrite acuta l'insufficienza renale, fino a che non esiste anuria, determina un pre-

coce aumento dell'urea e dell'acido urico nel sangue, mentre manca un aumento nel sangue dei prodotti della putrefazione intestinale (indolo, fenolo, cresolo, ossiacidi aromatici ecc.).

Nell'insufficienza renale del rene sclerotico si ha un comportamento opposto: aumentano più precocemente e più rapidamente che nella nefrite acuta, i prodotti aromatici di putrefazione intestinale nel sangue. Spesso si osservano aumenti isolati dell'urea e dell'acido urico nel sangue; questi aumenti accompagnano anche sclerosi benigne e non sono un indizio di gravità. In questi casi il decorso si dirige spesso verso l'insufficienza cardiaca o l'apoplessia. In quei casi invece in cui nel decorso di una sclerosi renale benigna si osserva un aumento progressivo delle sostanze aromatiche nel sangue (specialmente xantoproteine e indacano); questo indica precocemente il passaggio della malattia nella sclerosi maligna. POLLITZER.

Le ulcere semplici croniche della vescica e la cistite crostosa.

(E. PAPIN. *Arch. Mal. d. reins et d. org. gén.-ur.*, n. 1, giugno 1930).

In una lezione clinica, sono presentati otto casi con lesioni vescicali, consistenti in ulcere semplici croniche, e sono riferiti i reperti istologici e cistoscopici.

L'ulcera semplice cronica della vescica è tale perchè si differenzia da quelle specifiche tubercolari, luetiche, neoplastiche; tuttavia su tale lesione, la quale è più frequente di quanto si possa supporre, i trattati classici non richiamano a sufficienza l'attenzione.

Etiologia: l'ulcera semplice si riscontra con maggior frequenza nella donna rispetto all'uomo; appare in generale nell'età media, dai 30 ai 50 anni; ha come caratteristica una lunga durata, da un anno fino a 20 anni.

La *patogenesi* dell'ulcera semplice della vescica ha dato luogo a numerose ipotesi.

Fenwick pensa che dipenda da una infiammazione emorragica acuta; Le Fur con numerose ricerche sperimentali è riuscito a riprodurre l'affezione inoculando diverse specie microbiche; Blum considera queste ulcere alla stregua delle ulcere peptiche, come disturbi purpurici della vescica e dipendenti dal potere peptico dell'urina, ciò che non è accettato dagli urologi; la teoria che merita maggior valore è quella microbica, in seguito ad embolia o trombosi infettiva della vescica. Così intesa la patogenesi, è chiaro che le sorgenti d'infezione sono numerose, e rappresentate da molteplici malattie; tuttavia alcune specie di streptococchi prevalgono nella genesi dell'ulcera semplice della vescica.

Un punto importante è costituito dai rapporti tra l'ulcera semplice e la cistite crostosa. Qualcuno considera l'incrostazione come primitiva (Paschkis), qualche altro autore invece crede che sia secondaria al processo infiammatorio: la questione è ancora da risolvere.

Clinicamente bisogna distinguere l'ulcera semplice dall'esulcerazione superficiale. Questa ultima si può accompagnare ad ematurie abbondanti, le quali però possono anche mancare, ed essere sostituite da sintomi dolorosi di tenesmo, la cui intensità non è in rapporto con l'importanza della lesione.

I sintomi dell'ulcera semplice della vescica sono due: i dolori vescicali e l'ematuria.

Il paziente avverte il bisogno imperioso e doloroso di urinare. Il dolore s'irradia al sacro, ai fianchi, ai lombi, verso l'uretra; i dolori all'uretra talora sono così violenti da costringere il malato a stringere il canale uretrale per diminuirli. I dolori, permanenti, sono accentuati dalla minzione; talora vi sono dei veri dolori minzionali, sotto forma di bruciore, puntura.

L'ematuria, altro sintomo importante, può essere macroscopica o microscopica.

L'esame delle urine mostra scarsa acidità, talora reazione alcalina, e contiene sempre pus, sangue e microbi.

L'esame cistoscopico informa sul numero delle ulcere (ulcera solitaria o multipla) sulla sede, sulla forma e grandezza. Interessante è l'ulcera a stalattiti di Zuckerkandl, dovuta a numerose incrostazioni, e che può simulare un calcolo vescicale.

La perforazione dell'ulcera semplice cronica è rara; questa eventualità si presenta nelle forme acute.

La diagnosi differenziale va fatta tra l'ulcera semplice e la tubercolare. Quest'ultima come lesione unica, senza altre lesioni vescicali è rara; in ogni modo chiarirà la diagnosi l'esame delle urine, sia diretto sia per inoculazione alle cavie.

L'ulcera semplice si differenzia da un piccolo cancro infiltrante, dai caratteri di questo: in generale il tumore è più esteso ed a più rapida progressione.

Altra diagnosi differenziale va fatta con i calcoli, la leucoplasia, le ulcerazioni traumatiche, la sifilide, la malacoplasia.

Il trattamento consiste o in topici locali — lavaggi all'acido lattico 1 % — o nel *curettage*, o nella folgorazione od infine nell'escissione. La maggiore difficoltà consiste nel decidere su questi due ultimi metodi, e pur considerando l'escissione come il trattamento più radicale, esso va praticato dopo che gli altri mezzi non hanno dato alcun risultato soddisfacente. CARUSI.

L'enuresi.

(R. C. HAMILL. *Journal American Medical Association*, 27 luglio 1929).

L'enuresi è un disturbo della condotta in rapporto a certi stati della coscienza durante il sonno.

Questa concezione si basa sulle seguenti considerazioni: 1) l'adulto anche nel sonno può avere la guida di alcune azioni; 2) il ragazzo continua a dormire in condizioni nelle quali l'adulto si desterebbe, per quanto si possa avere l'impressione che il ragazzo continui volontariamente a dormire; 3) il complesso di stimoli sensitivi che accompagnano l'atto della minzione, il passaggio dell'urina attraverso l'uretra ed il contatto del liquido con la superficie cutanea, sembrano essere più forti di quelli necessari per destare un dormente.

È di osservazione comune che gli adulti hanno nel sonno consapevolezza del trascorrere del tempo e la capacità di modificare lo stato di coscienza.

Se la sera ci si propone di svegliarsi alle 5 anzichè alle 6,30, si può essere sicuri di destarsi qualche minuto prima dell'ora fissatasi. Una madre si desterà se il respiro del suo bimbo malato si alteri, mentre il rumore del passaggio di un treno o di un'automobile non turberà il suo sonno. Lo strepito di un temporale può passare anche inavvertito, mentre ci desteremo non appena saremo chiamati per nome anche a bassa voce.

Un bambino continuerà a dormire anche se una persona entra nella sua camera, accende la luce, solleva le sue coperte ed anche se lo prende in braccio e lo porta al gabinetto. Può restare eretto sul capo anche per qualche tempo. Così sotto la suggestione dell'adulto il bambino inizia la minzione forse con lieve sforzo. Senza dubbio questo è un atto volontario quantunque sia fatto in un apparente stato di sonno.

Che egli continui a dormire non si può avere l'assoluta sicurezza perchè il bambino può o non può avere al mattino il ricordo dell'esperienza della notte. Il ragazzo può non ricordare nulla ed allora tutti i fatti su riferiti si verificano senza turbare affatto il sonno, come nel caso della madre che non si desta al fracasso provocato dal passaggio di un treno o di una automobile.

Se si domanda ad un bambino perchè ha bagnato il letto, egli talvolta risponde che faceva troppo freddo o era troppo incomodo levarsi per andare ad urinare. Il che implica che anche durante il sonno egli è stato capace di fare la scelta tra due azioni: quella del levarsi o del bagnare il letto.

Si viene così alla conclusione che l'enuresi è un disturbo funzionale, la cui guarigione si può ottenere solo rafforzando il senso di responsabilità del bambino.

Tutte le altre misure terapeutiche (belladonna, bromuri, riduzione dei liquidi, circoncisione, tonsillectomia e simili) servono solo a confondere le cose ed a scusare la condotta del bambino. Le cure stesse non fanno che costituire un alibi, mentre si deve infondere nel piccolo paziente la convinzione della necessità e della possibilità del controllo su sè stesso.

I bambini di 2-3 anni sono i più inclini ad eseguire gli insegnamenti ricevuti senza discutere. Questa è l'età più favorevole per influire sulla loro condotta, più tardi le restrizioni e le minaccie non fanno che aggravare la situazione.

Si suole trattare i ragazzi affetti da enuresi dapprima con minaccie e punizioni e poi con cure di vario genere e quando queste non hanno successo si finisce per scusare la condotta dei ragazzi. Tutti i sistemi, tutte le cure sono rimasti inefficaci, dunque il male è indipendente dalla volontà ed è incurabile.

La contraddizione e la confusione dei metodi di cura non fa che confermare il ragazzo nella opinione che egli non può in alcun modo influire sul disturbo. Il fatto avviene nel sonno, dunque egli non ne può avere la consapevolezza, non può evitarlo. L'idea che del disturbo si preoccupano e si occupano altri lo esonera da qualsiasi responsabilità e lo distoglie da qualsiasi contributo attivo inteso a non ripetere l'atto nel sonno.

Ragazzi sottratti all'influenza dei genitori e ricoverati in clinica non hanno bagnato il letto finchè sono rimasti lontani dalla casa, hanno ripresa l'abitudine non appena vi sono ritornati.

In un gruppo di 80 casi trattati con questo metodo della suggestione l'A. ebbe in 40 la scomparsa completa dell'enuresi, in 2 un miglioramento duraturo ed in 11 un miglioramento solo durante il trattamento.

Le conclusioni cui viene l'A. sono le seguenti:

L'enuresi è un disturbo della condotta, e che scompare quando il ragazzo lo desidera. Occorre che il paziente assuma la responsabilità dei propri atti durante il sonno. Tutte le altre forme di trattamento sono nocive.

Lo stabilirsi della responsabilità durante il sonno dipende da molti fattori, di cui l'essenziale è il controllo del medico, che non può esercitarsi utilmente se non si stabilisce un rapporto d'intesa fiduciosa tra medico e paziente.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. MARTELLI. *Lezioni di clinica medica.* Edizioni Rinascenza medica, Napoli. L. 85.

In questo bel volume il Martelli ha raccolto una serie di lezioni su argomenti di varia natura, dettate da egregi cultori della medicina · Martelli, Jeanselme, Jemma, D'Amato, Davide Giordano, Annes Dias, Thomas, Santoro, Pauchet, Caforio, Gasbarrini, A. Fabrizio, Scigliano, Alhaique, Labbé, Sofrè, Legueu, Papin, Di Cristina, Giardina, Verrotti, F. De Napoli, Pace, Arena, Jamot, Belli, Cattaneo, Gaifami, Izar, Pende, Franco, Moscati, Sante de Sanctis, Faure.

L'elenco degli autori vale a dimostrare quanto varii siano gli argomenti trattati in questa raccolta, che costituisce una vera miscellanea medica.

Ogni lezione riguarda uno dei capitoli più interessanti e più discussi della patologia.

DR.

A. THEILHABER. *Die Bekämpfung der Krankeitsdisposition als Heilmethode.* Hippokratel Verlag. Stuttgart.

L'aforisma che val meglio prevenire che curare le malattie va acquistando sempre maggior senso di verità. La medicina moderna va sempre più decisamente orientandosi verso questo principio.

Il volume del Theilhaber costituisce un poderoso contributo allo sviluppo di questa tendenza.

L'A. studia i fattori predisponenti di ogni malattia e precisa i metodi atti ad eliminarli.

DR.

P. RECKZEH. *Wirtschaftliche Krankenbehandlung.* Un vol. di pag. 158. Edit. Fischer Kornfeld. Lipsia 1930.

Come è detto nella prefazione, l'A. ha voluto raccogliere una serie di consigli ai medici sul modo di diminuire le spese di cura per i malati. Abolizione delle specialità quasi assoluta: quasi tutte sono sostituibili con una ricettazione di sostanze ben conosciute. Anche nella prescrizione di medicamenti comuni si può ottenere una riduzione della spesa evitando preparazioni complicate e regolando le quantità.

L'A. prende poi in considerazione per le singole malattie i medicamènti più usati e consiglia di attenersi solo a quelli che hanno un effetto più sicuro con la massima semplicità di preparazione.

Il libro è ispirato al concetto di diminuire le spese dei medecinali per le casse ammalati e sotto questo punto di vista riuscirà utile fra i dirigenti e i medici di queste istituzioni.

VALDONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L. MARANELLI. *Neozolfoterapia.* Vol. IV. Istituto Edit. Cisalpino, Milano. Prezzo: L. 10.

Questa quarta raccolta di studii e di esperienze cliniche sulla terapia dello zolfo comprende lavori di Maranelli, Catalani, Rizzati, Confalonieri, Raffaelli, Pera, Nobile-Balistrieri, Pieri, De Luca, Pagani-Cesa, Della Torre, tutti comprovanti l'efficacia curativa nello zolfo in varii stati morbosi (malattie del ricambio, sifilide, dermatosi, infezioni acute, ecc.).

Il volume è dedicato alla memoria di Stanislao Cannizzaro.

a. a.

A. ZIMMER. *Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten.* Un vol. di pag. 265 con 47 figure. Edit. Fischer-Korfeld. Lipsia, 1930.

Numerosi sono i collaboratori del libro, tutti appartenenti a un ambulatorio specializzato per le cure delle affezioni reumatiche fondato dal Bier nella Clinica Chirurgica di Berlino.

L'esperienza degli AA. si basa su moltissimi casi e prende in considerazione in diversi capitoli, le modalità di cura e i risultati ottenuti nelle singole manifestazioni del reumatismo inteso in senso lato.

Il lettore vi troverà per esteso il modo di esecuzione delle cure più svariate, una indicazione esatta al tipo della cura e le cause più frequenti di insuccesso.

VALDONI.

COMMENTI

Sulla storia della trasfusione del sangue.

Riceviamo:

Ho letto con piacere nel N. 33 del *Policlinico*, Sez. Prat., pag. 1213, un lavoro del dott. Augusto Botto-Micca, sulla priorità italiana della transfusione del sangue, lieto che altri AA. contribuiscano a diffondere tra i medici la necessità di rivendicare le nostre glorie nazionali.

Ma non posso fare a meno di permettermi di richiamare l'attenzione su due miei lavori sull'argomento:

1) Rivendicazione Nazionale: *Il contributo italiano alle origini della transfusione del sangue e della iniezione di medicamenti nelle vene.* (Nota preventiva). Bollettino ed Atti della Accademia Lancisiana di Roma. Seduta del 13 giugno 1929 (ricordata anche dal « Policlinico », Sez. Prat., N. 26, 1° luglio 1929).

2) Id., Id. (Nota completa). Bollettino dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanit., 1930, fasc. II, marzo-aprile e fasc. IV, luglio-agosto.

In dette pubblicazioni, non solo ho creduto opportuno di raccogliere tutta la bibliografia esistente, ma ho messo in evidenza numerosi documenti originali finora inediti, e da me rinvenuti, che ci permettono finalmente di asserire con prove indiscutibili da me fornite, la priorità italiana delle due pratiche suddette; ivi compresa la prova della relazione verbale fatta dal Folli al Granduca Ferdinando II il 13 agosto 1654, e che l'egregio dott. Botto-Micca credeva non fosse ancora venuta alla luce.

MOSÈ DI SEGNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

La permeabilità delle meningi.

L'origine del liquido cefalo-rachidiano, secondo quanto riferisce J. Vonkennel (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, CLXV, n. 3-4, 1929) dipende in massima parte dal plesso, e in minima parte dai vasi della pia madre.

Per studiare la permeabilità della barriera emato-encefalica, o piuttosto, come vorrebbe l'A., la barriera sangue-liquido c. r., egli s'è servito d'una sostanza colorante colloidale; con tale mezzo ha potuto constatare che nei bambini da 3 a 12 mesi la barriera s'è mostrata impermeabile. Per gli adulti ha constatato che iniettando nelle vene cmc. 20 d'una soluzione d'uranina all'8 %, dopo 65 minuti il liquido c. r. della cisterna magna era già colorato; il liquido invece della regione lombare appare colorato dopo un tempo più o meno variabile; sicchè in rapporto alla permeabilità l'uranina, che è un anione, si comporta secondo la regola di Donnan, mentre i cationi non conservano tale regola; infatti l'insulina iniettata insieme al liquido colorante aumenta la permeabilità, mentre scarso effetto hanno gli ipnotici. Anche gli anelettroliti si comportano aumentando la permeabilità; così la somministrazione di 80 gr. di glucosio aumenta la glicorachia; ma il glucosio del liquido c. r. rapidamente ritorna al normale; l'aumento della pressione nel liquido per la prova di Queckenstedt non s'è comportata in modo uniforme sulla glicorachia. Questi fatti dimostrano che la barriera sangue-liquido c. r. non può essere considerata come effetto d'una funzione puramente fisica, ma vi deve concorrere l'attività cellulare a modificare l'equilibrio.

In alcuni malati di blenorragia, curati con la piretoterapia, mercè inoculazione della malaria, la permeabilità è stata studiata durante gli accessi febbrili, anche bloccando l'apparato reticolo-endoteliale; ma la permeabilità non s'è mostrata in nessun caso alterata nei primi due accessi; dal terzo la barriera diventava impermeabile, e tale stato veniva intensificato dalla somministrazione del chinino.

L'inoculazione invece della febbre ricorrente provoca una meningite a carattere linfocitario, senza segni clinici; in tale caso si ha un aumento della permeabilità, e mai diminuzione di essa, come nella malaria. CARUSI.

Sulla natura intima della ipnoanestesia.

L'ipnoanestesia, impropriamente detta narcosi, provocata con cloroformio o con etere è dovuta, secondo l'antica opinione di Bibra e Harless, al fatto che gli anestetici agiscono asportando dal cervello quei corpi che oggi sono chiamati lipoidi.

A tale teoria si oppone il Meyer, il quale asserì che se così fosse, non si comprendeva come sottraendo l'azione degli anestetici, si ripristinasse la funzione nervosa alterata.

I. Novi (*Gazz. Sanitaria*, 5 maggio 1929) e la sua scuola si sono occupati dell'argomento fin dal 1910, e delle ricerche sperimentali condotte in tal senso hanno potuto dimostrare che l'inalazione di cloroformio provoca una diminuzione dei lipoidi cerebrali del 20-10 % in confronto dei casi normali (Carati e Novi), e più precisamente si trovò una minore quantità di colesterina, ed una quantità maggiore di lecitina.

Con un'altra serie di esperienze, l'A. asportando la lecitina, e lasciando nel cervello la colesterina, ottenne fenomeni di eccitamento con contratture, spasmi alternati a fenomeni di abbandono e rilasciamento muscolare.

Inoltre iniettando dei lipoidi (Bioplastina) trovò un aumento di essi nel cervello, fatto che sta a dimostrare come tali sostanze si possano facilmente fissare nel cervello d'onde ne sono usciti per effetto d'un solvente (cloroformio).

Queste ricerche confermano quindi l'opinione un po' empirica di Bibra e Harless sul meccanismo degli anestetici nella ipnoanestesia CARUSI.

TECNICA.

Un nuovo metodo di omogeneizzazione per la ricerca del b. di Koch nell'espettorato.

Per la diagnosi certa di tubercolosi, è nota a tutti l'importanza del reperto positivo per il bacillo di Koch nell'espettorato, ed anzi non pochi tisiologi affermano di non porre mai l'etichetta di tubercoloso ad un infermo, nel quale l'espettorato sia negativo.

Spesso però anche con analisi le più fini, la ricerca è negativa, mentre l'inoculazione nella cavia, dà luogo alla produzione delle lesioni caratteristiche di natura bacillifera, e così pure a volte, pur essendo l'espettorato negativo, l'esame clinico, gli antecedenti, i raggi X, l'andamento, ecc., provano invece nettamente la malattia.

Le ragioni della negatività del reperto bacillifero sono varie: anzitutto il b. di Koch non si trova ugualmente in tutte le porzioni di un medesimo espettorato, e sul porta-oggetti può essere appunto messa una di queste parti; oltre a ciò la massa fibrinosa e mucosa dell'espettorato può difficoltare la visione dei bacilli, specie se questi sono scarsi.

Per ovviare a questi inconvenienti molti procedimenti di omogeneizzazione e di concentrazione sono stati posti in pratica, con più o meno buoni risultati.

Ora Bonorino Udaondo, I. Renner e O. Masciglia (*Prensa Med. Arg.*, n. 3, 1929) propongo-

no un nuovo metodo di omogeneizzazione da loro ideato.

La tecnica è semplice: a 5 cmc. di un espettorato si aggiungono 25 cmc. di soluzione fisiologica al 15 per mille, che poi si stemperano bene in un mortaio. Si pone quindi la miscela in un batraccio e si lascia per 20 minuti in autoclave a 120°. Quando si è freddata, si aggiunge nuovamente soluzione fisiologica fino a riportare al precedente volume; verificando la densità, questa deve essere superiore a 1015.

Si mette quindi in 2 tubi da centrifuga una parte della miscela, vi si aggiunge alcool amilico in parti uguali e si centrifuga per 3 minuti. Fra la miscela e l'alcool amilico si forma una cappa, ed è in essa che vanno ricercati i bacilli. Fatti gli strisci, è bene porli per qualche minuto nella stufa per far scomparire il resto dell'alcool, indi si colorano con il metodo di Ziehl.

Gli AA. affermano di aver ottenuto, con tale metodo, risultamenti quasi sempre veramente soddisfacenti. A. P.

Dimostrazione del bacillo della lebbra mediante il cerotto cantaridato e la neve al biossido di carbonio.

Per la mancanza di un adatto terreno di cultura e di un animale di laboratorio recettivo il *b. leprae* può essere dimostrato solo dall'esame diretto del materiale prelevato dal malato. Ma l'esame del secreto nasale come pure quello del succo di ghiandola linfatica (prelevata chirurgicamente) può dare risultato negativo anche in casi di malattia indubbia. Ch'uan-Ku'ei Hu e Jui-Wu Mu (*The National Medical Journal of China*, aprile-giugno 1930) cercarono il *b. leprae* nel siero di vesciche ottenute mediante cerotto cantaridato e mediante neve carbonica. Il primo metodo è originale degli autori, il secondo fu usato solo da Hasson.

Essi studiarono 13 casi di lebbra (3 del tipo nodulare e 10 del maculo-anestetico), tutti clinicamente tipici e di durata manifesta oscillante da tre mesi a sette anni.

Ottenevano vescichette da cantaride applicando un cerotto di 0,5 per 0,5 cm., sulla lesione cutanea per dieci ore, e vescichette da neve carbonica applicando per circa un minuto e premendo forte la punta di una matita di neve carbonica. Le vescichette da neve carbonica si formano 2-3 ore dopo l'applicazione, però solo dopo una diecina di ore si preleva il siero. Gli AA. fecero dei controlli su secrezione nasale, su succo di ghiandola linfatica e su pezzi di cute o di ghiandola linfatica fissati in formalina. In 7 malati (56 %) trovarono bacilli acido-resistenti nel siero delle vescichette da cantaride, in 9 (70 %) li trovarono nel siero di vescichette da neve carbonica, in 4 (30 %) li trovarono nella secrezione nasale, in 6 (46 %) nel succo aspirato da ghiandola linfatica, in 9 (70 %) nel succo di tessuti escissi, in 10 (77 %) nelle sezioni colorate di tessuti fissati. In 3 casi (23 %) si ebbero risultati negativi con tutti i metodi suindicati.

Il metodo della biopsia è quindi il migliore, ma il meno pratico, e quello delle vescichette è migliore di quello dell'esame del secreto nasale e del succo linfoglandolare.

R. LUSENA.

CASISTICA.

La fibrosite.

Clayton e Livingstone (*The Lancet*, 28 giugno 1930) osservano che la fibrosite è l'infiammazione dello strato fibroso che rappresenta la struttura di sostegno dei muscoli e nervi, dei legamenti articolari, delle fasce, dei tendini. Microscopicamente si ha essudazione sierofibrinosa senza notevole reazione cellulare. Le culture non dànno germi. Successivamente l'edema si riassorbe e c'è proliferazione fibroblastica; le vene e le arterie sono in preda a processo infiammatorio e le fibrille nervose sono ispessite. Si giunge alla formazione di un'area di tessuto fibroso bianco coi vasi circostanti ispessiti. Alterazioni simili si ottengono sperimentalmente iniettando microrganismi nelle vene di animali. Recenti ricerche hanno dimostrato che ci può essere batteriemia senza una malattia definitiva.

I fattori etiologici sono vari: infezioni (tonsilliti, sinusiti, ascessi dentari, colite, prostatite, influenza) sopra tutto nelle fibrosi acute, poi traumi e distorsioni (il gomito da tennis p. e. è una fibrosite e fibrositi si possono avere dopo fratture specialmente se contemporaneamente c'è un focolaio settico), poi alterazioni metaboliche di origine endogena ed esógena e infine il freddo e l'umidità.

La sintomatologia può avere inizio graduale con ispessimento doloroso nei muscoli e sulle fasce e crepitazione articolare coi movimenti. Poi può aversi rigidità, dolori nevralgici e dolorabilità al mattino che scompare col moto. Si possono avere anche crampi.

La fibrosite può rimanere mite e essere dolorosissima, giorno e notte, o avere solo esacerbazioni in rapporto con variazioni atmosferiche, traumi o disturbi dietetici.

Ci sono vari tipi di fibrosite: dei muscoli, dei nervi, dei tendini, delle articolazioni, delle fasce.

Quella dei muscoli è raramente localizzata agli arti, quella dei nervi presenta i segni della neurite e, se il nervo è superficiale, si apprezza un ingrossamento in qualche punto del suo decorso; quella delle articolazioni colpisce i legamenti, quella dei tendini è rara.

La diagnosi si sbaglia qualche volta per insufficiente esame obbiettivo.

Per la cura, esclusi i casi lievissimi, il ma-

lato deve stare in letto e fare applicazioni di calore secco. Utili i bagni caldi e i bagni alla turca. La dieta dev'essere liquida e calda solo per le prime 48 ore. Medicamenti: polvere del Dower e aspirina. Si fanno anche movimenti e massaggi, ventose secche, agopunture. Nelle forme croniche si agirà contro i focolai settici dopo averli individuati, si combatterà l'obesità se c'è, si darà iodio, estratto di tiroide, oltre le norme di terapia fisica già indicate.

Nelle forme di perineurite si faranno applicazioni di diatermia nello stadio acuto, poi massaggi.

Se in qualche settimana il dolore non si è attenuato si ricorrerà alla cura chirurgica: escissione in anestesia locale dei noduli dolorosi. È necessaria l'anestesia generale se l'ispessimento doloroso è sullo sciatico che si stirerà dopo aver inciso l'ispessimento. La distensione dello sciatico si può anche fare iniettando 100 cmc. di soluzione fisiologica o soluzione di chinino e urea all'1 %. Per curare gli ispessimenti delle regioni lombari e scapolari si possono infiltrare i muscoli con una soluzione oleosa indicata dagli AA. colle iniziali A.B.A.

R. LUSENA.

Le flogosi del tessuto cellulare sottocutaneo.

J. Forestier (*Bull. méd.*, 25 gennaio 1930) respinge il nome di cellulite, che abitualmente si usa per indicare queste affezioni a cui egli preferisce dare il nome di *adiposalgia* o *pannicolalgia*, sebbene tale affezione non si osservi soltanto negli obesi, ma anche nei magri.

Questa sindrome si ha specialmente all'età media, verso la cinquantina e specialmente nelle donne. L'A. ne ha osservato 128 casi ad Aix-les-Bains e ritiene che la si riscontri nel 20 per cento della clientela di reumatizzanti od endocrini, che frequentano quella stazione termale.

I dolori spontanei che caratterizzano l'affezione sono paragonati alla sensazione di indolenzimento, come di stanchezza intensa ad ogni movimento. Il malato cerca invano una buona posizione e si sente torpido come se fosse in una corazza. Il dolore diffuso può essere esacerbato da un contatto superficiale, dal freddo ed è invece calmato dal riposo in letto.

Col dolore, si trova la fragilità dei capillari sottocutanei, che dà delle ecchimosi al minimo traumatismo, la frequenza degli eritemi, specialmente dell'orticaria, l'esagerazione delle secrezioni sebacea e sudorifera, uno stato speciale di nervosismo e l'insonnia.

La palpazione rivela l'esistenza di un dolore acuto più o meno localizzato e permette di sentire, sia dei noduli sia delle vere placche fibrose, lignee, cretacee, nel tessuto cellulare.

La diagnosi va fatta con la malattia di Dercum — che forse non è che una forma più intensa di tale affezione —, con le lipomatosi, le iperestesie cutanee e soprattutto le mialgie, le artralgie, le nevralgie, le flebalgie.

Il massaggio, il calore e l'idroterapia sono gli elementi del trattamento.

fil.

I pericoli delle ferite da spine.

Tutti i medici di campagna conoscono la gravità dei fenomeni infettivi, che si hanno talora in seguito a ferite, anche insignificanti, da spine: linfangiti, flemmoni, talora tetano. I contadini dicono che la spina è « avvelenata », spiegazione comoda, ma inesatta, di fatti indiscutibili.

La presenza dei germi del tetano e della gangrena gazosa è ritenuta ubiquitaria, ma essi si trovano soprattutto nella polvere, mentre le spine dei cespugli dovrebbero sfuggire a tale contaminazione.

Uteau e Bouget (*Journ. des praticiens*, 12 genn. 1929) trovano la spiegazione di questo fatto nella osservazione che la *pie-grièche* (l'averla, di cui parecchie specie esistono anche in Italia), uccello predatore per eccellenza e distruttore di uccelli piccoli, dopo aver fatto delle caccie abbondanti infilza la propria preda (se questa è in quantità eccessiva per i bisogni della nidiata) alle spine dei cespugli, come riserva. Quivi i cadaveri dei piccoli animali (uccelli, topi, lucertole) putrefanno e lasciano quindi sulle spine dei germi patogeni, che potranno infettare chi si punge con tali spine. Analogamente, si osservano infezioni gravi nei pescatori di merluzzi, che usano come esca sugli ami dei pezzetti di carne più o meno putrefatta.

La spiegazione è, per lo meno, ingegnosa e varrebbe la pena di controllare se anche da noi essa può valere. *fil.*

TERAPIA.

L'applicazione di iniezioni sistematiche paravertebrali nella cura dell'angina di petto.

Vari sono gli scopi per cui sono state iniettate paravertebralmente sostanze farmacologiche ad azione anestetica; e cioè l'anestesia negli interventi sull'addome, la diagnosi differenziale di alcune malattie degli organi interni, il trattamento di diverse malattie degli organi interni e di nevralgie.

Fine dell'intervento è quello di agire sulle fibre simpatiche che conducono al dolore, anestetizzando o provocando una degenerazione profonda dei gangli simpatici paravertebrali; tale mezzo terapeutico è stato anche applicato alla cura dell'angina di petto.

In molti modi si è tentato di agire su questa malattia con interventi chirurgici; allontanando tutti i gangli cervicali ed il primo toracico di sinistra; allontanando solo il primo ganglio cervicale sinistro; gli ultimi cervicali ed il primo toracico; tagliando da un lato o da

tutti e due il nervo depressore, insieme o no con l'intervento sui gangli.

Il Pletnew (*Die Mediz. Welt*, n. 24-25, 1930) ha usato la via paravertebrale per iniettare nel 1°, 2°, 3° e 4° ganglio toracico di sinistra 5 cc. di una soluzione di novocaina all'1 % e dopo qualche minuto, 5 cc. di alcool al 70 % o all'80 %: talora anche a destra. Tali iniezioni sono sistematicamente ripetute nella stessa regione per 5 o 6 volte. I risultati sono stati nell'insieme soddisfacenti sebbene non siano mancati casi in cui l'infissione dell'ago o la iniezione del liquido provocò lo scatenarsi della crisi anginosa; la durata dei risultati stessi è varia e si distinguono casi in cui il miglioramento è stato passeggero da altri in cui è durato a lungo.

La cute del braccio sinistro e della metà superiore sinistra del petto e del dorso diviene ipoestesica; ma la sensibilità, ed eventualmente la dolorabilità si mantengono invariati alla gola e alla mandibola; in un caso all'iniezione seguì una tipica sindrome di Horner.

Tale sindrome si spiega con l'irritazione provocata dall'alcool sul primo ganglio simpatico cervicale; ed anche lo scoppio delle crisi anginose si spiega con la stillazione del simpatico.

Le vie nervose simpatiche si mostrano dunque completamente adatte alla trasmissione del dolore; e l'A. pensa che una speciale forma di *angina pectoris* possa essere riportata ad una infiammazione dei gangli simpatici (Simpathicoganglionitis).

V. SERRA.

L'ossigeno nella trombosi delle coronarie.

La trombosi improvvisa delle coronarie, con l'arresto della circolazione cardiaca, provoca uno stato di « shock ». Il grado del disturbo funzionale che ne segue dipende dal calibro e dalla localizzazione del vaso occluso, nonchè dalla distribuzione delle anastomosi. Se l'area dell'infarto è notevole, si hanno sintomi e segni di deficienza cardiaca congestizia. L'azione del cuore diventa debole, frequente ed irregolare; si può avere un ritmo di galoppo, la pressione si abbassa e così rimane; si ha cianosi, si odono rantoli umidi alle basi polmonari; la respirazione è frequente e difficile.

Tale quadro è quello di una deficienza acuta di ossigeno, dovuta alla insufficienza del miocardio. Se la lesione non è troppo grave ed il cuore può mantenere un'adeguata circolazione, il paziente può sopravvivere all'attacco. Gli stimolanti cardiaci (digitale, caffeina) generalmente usati hanno però uno scarso effetto terapeutico. R. L. Levy e A. Barach (*Journ. amer. med. assoc.*, 3 maggio 1930) hanno trovato molto utile in questi casi la somministrazione di ossigeno, che in 1-3 ore porta notevole miglioramento subbiettivo, nonchè nella respirazione e nello stato di inquietudine; diminuisce e scompare la cianosi, scompare il ritmo di Cheyne-Stokes, la frequenza delle pulsazioni cardiache si abbassa, i toni cardiaci diventano più forti ed aumenta il volume del polso. Se si sospende troppo presto la somministrazione di ossigeno, si vedono rapidamente ricomparire i sintomi.

Tutto questo dimostra che l'anossiemia ha gran parte nella determinazione dei fenomeni della trombosi delle coronarie e la grande utilità che vi è nella somministrazione di ossigeno, che deve essere dato alla concentrazione del 45-50 per cento e continuato abbastanza a lungo.

Nei casi, in cui la lesione non è incompatibile con la vita, il paziente potrà riaversi.

fil.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

Misure contro la diffusione delle malattie infettive.

Iniziamo col presente articolo l'illustrazione delle disposizioni di legge e di regolamento che all'ufficiale sanitario spetta conoscere ed applicare nel campo della profilassi delle malattie infettive.

Basta considerare l'importanza che ha la difesa contro queste malattie per la conservazione e per l'incremento del patrimonio demografico nazionale, per comprendere come il provvedere alla loro profilassi, debba costituire uno dei compiti fondamentali dell'ufficiale sanitario. Ma questo compito è pure gran lunga il più difficile. Per adempierlo con efficacia, l'ufficiale sanitario deve, non solo possedere le conoscenze teoriche di patologia, di clinica, di epidemiologia, sulle quali si basa la profilassi delle singole malattie infettive, ma anche saperle applicare agli svariatissimi casi, che si presentano nella pratica, e che sono quasi sempre molto differenti da quelli che egli può avere osservato nel laboratorio, nella clinica o nell'ospedale. A questo proposito davvero si può dire dell'ufficiale sanitario: « qui si parrà la tua nobilitate » perchè occorre che sappia integrare le cognizioni scientifiche, apprese nella scuola, col frutto del suo raziocinio e della sua personale esperienza.

Un altro concetto fondamentale, inoltre, è bene fissare, per mettere anche maggiormente in rilievo l'importanza di questo compito dell'ufficiale sanitario, la necessità cioè, che la visione della difesa della popolazione dai danni delle malattie infettive informi tutta l'opera dell'ufficiale sanitario stesso, in qualunque campo essa si svolga. Egli deve tener presente che la profilassi non si fa solo applicando le norme relative alle denuncie, all'isolamento, alle disinfezioni, alle vaccinazioni contro le malattie infettive, ecc. L'ufficiale sanitario fa ugualmente della profilassi quando provvede-

a rimuovere le cause d'inquinamento del suolo, dell'abitato, o delle acque potabili; quando tutela la salubrità del latte o di altri alimenti; quando combatte senza quartiere le mosche, e via dicendo. Come gli igienisti affermano che la lotta contro le malattie infettive (e specialmente contro la tubercolosi) compendia tutta l'igiene, così noi potremo dire che quasi non vi è disposizione della legge sanitaria che, direttamente o indirettamente, non concorra alla difesa contro queste malattie, in quanto tende, sia ad eliminare le sorgenti ed i veicoli del contagio, sia a creare le condizioni di ambiente più favorevoli per irrobustire l'organismo e per renderlo resistente agli agenti infettivi.

Il Cap. II Sez. I (art. 123-131) del Testo Unico delle leggi sanitarie ed il Titolo V Cap. XIII (art. 129-148) del Regolamento generale sanitario, nonchè il R. decreto 30 dicembre 1923, n. 2889 (riforma degli ordinamenti sanitari) e la legge 23 giugno 1927 n. 1070 (disposizioni varie sulla sanità pubblica), contengono le norme generali contro la diffusione delle malattie infettive.

Prime fra queste è l'*obbligo della denuncia* da farsi al Podestà e all'ufficiale sanitario da *qualunque medico* abbia osservato un caso di *malattia infettiva e diffusiva pericolosa o sospetta di esserlo*. La denuncia si fa su appositi moduli forniti gratuitamente dal Comune e nei modi indicati dall'art. 130 del Regolamento generale sanitario e dall'art. 4 del decreto ministeriale 15 ottobre 1923 (sulla denuncia delle malattie infettive). All'obbligo della denuncia si aggiunge, per il medico, quello di coadiuvare, ove occorra, l'autorità sanitaria nell'esecuzione delle più urgenti misure di profilassi.

Le malattie di cui è obbligatoria la denunzia sono indicate nel citato decreto; è da notare che esso ha aggiunto alle malattie elencate nell'art. 129 del Regolamento generale sanitario le seguenti, alcune delle quali erano state assoggettate a denunzia con provvedimenti speciali: varicella; infezioni paratifiche; febbre mediterranea; leishmaniosi (kala-azar); dissenteria bacillare e amebica; meningite cerebro-spinale epidemica; poliomielite anteriore acuta; encefalite letargica, pertosse, parotite epidemica, influenza epidemica; lebbra; infezioni coleriformi, e tifo ricorrente; inoltre la tubercolosi polmonare constatata nelle collettività in genere; la pellagra; la sifilide con manifestazioni contagiose riscontrata in collettività; il tracoma e le congiuntiviti granulose nelle collettività e negli addetti alle coltivazioni delle risaie; l'anchilostomiasi negli operai dei lavori in gallerie, miniere, cantieri di opere pubbliche, fornaci, opifici; la trichinosi; le tigne e la scabbia nei lavoratori delle risaie e nelle collettività. Per le scuole, asili, ecc., è prescritta la denuncia anche di altre forme morbose trasmissibili, come vedremo a suo tempo trattando dell'igiene scolastica.

Alla pena pecuniaria per la contravvenzione all'obbligo della denunzia, già stabilita dal T. U. delle leggi sanitarie, la legge 23 giugno 1927, n. 1070 (art. 15) ha aggiunto i provvedimenti disciplinari che il Prefetto può adottare in proprio o far adottare dagli Enti comunali o consorziali o dagli Ordini dei Sanitari, secondo i casi. Poichè l'esatto adempimento dell'obbligo della denuncia costituisce il presupposto di qualsiasi intervento profilattico per parte dell'autorità sanitaria, spetta all'ufficiale sanitario, responsabile del buon andamento del servizio a lui affidato, di promuovere dal Podestà i provvedimenti di legge contro il medico che, per un malinteso riguardo verso la famiglia dell'infermo, venisse meno a tale obbligo.

In particolari circostanze epidemiche, l'autorità sanitaria ha facoltà di rendere obbligatoria la denunzia, di una o più malattie infettive, anche per gli albergatori od affittacamere.

L'ufficiale sanitario deve immediatamente comunicare al medico provinciale le denunzie ricevute (art. 125 T. U.). È superfluo avvertire come, specialmente quando si tratti di malattie gravi, molto diffusive, od esotiche, questa comunicazione debba farsi nel minor tempo e col mezzo più rapido possibile. Oltre a tali segnalazioni singole ed immediate, l'ufficiale sanitario, è tenuto a trasmettere alla prefettura un bollettino mensile dei casi di malattia infettiva denunziati nel Comune, compilato sugli appositi moduli forniti dalle prefetture stesse.

Ma il compito dell'ufficiale sanitario non può limitarsi a queste pratiche di carattere burocratico; ricevute una denunzia è suo dovere indagare anche sull'origine della malattia e sulle condizioni dell'abitazione del malato ed accertarsi che il medico curante abbia dato le necessarie istruzioni per impedire la diffusione del contagio, e che la famiglia le abbia eseguite. Non occorre mettere in rilievo l'importanza di queste indagini. Esse valorizzano il provvedimento della denuncia, permettendo, molte volte, di scoprire la causa prima del contagio (bevande o alimenti inquinati, oggetti infetti, portatori, ecc.) e quindi di eliminarla e di circoscrivere il contagio stesso con opportune misure profilattiche. Dalle condizioni dell'ambiente, oltre che dalla natura dell'infezione, dipenderà, caso per caso, il decidere se mantenere l'ammalato a domicilio, se trasportarlo all'ospedale comune o a quello d'isolamento. L'ufficio d'igiene provvederà anche al servizio di vigilanza ed alle disinfezioni durante la malattia. Tutto ciò quando la diagnosi della malattia sia sicura; se invece la denunzia riguarda un caso sospetto, l'ufficiale sanitario, senza ritardare l'applicazione delle misure profilattiche, provvederà nel modo più sollecito all'*accertamento diagnosti-*

co, sia per via clinica, ricorrendo, se è necessario, al parere di medici specializzati, sia con indagini batteriologiche o sierologiche da farsi eseguire presso il laboratorio provinciale di igiene e profilassi, che deve esser sempre pronto e perfettamente attrezzato per tali ricerche, o presso il laboratorio comunale dove esiste. È bene ricordare, a questo proposito, che l'art. 6 del R. decreto 30 decembre 1923, n. 2889, dice espressamente che le sezioni medico-micrografiche dei laboratori provinciali funzioneranno da centri di accertamento diagnostico per le malattie infettive e sociali. Gli ufficiali sanitari debbono valersi il più largamente possibile di tali accertamenti, nell'interesse della profilassi delle forme morbose infettive che si manifestano nel territorio del Comune. A questo scopo sarà opportuno che richiedano ai laboratori, e che tengano sempre pronta, la suppellettile necessaria al prelevamento e all'invio di materiale patologico da sottoporsi ad esame (1).

Aggiungiamo infine che il medico provinciale, doverosamente e tempestivamente informato delle indagini diagnostiche fatte intraprendere dall'ufficiale sanitario, potrà, colla propria autorità, appoggiarne e dirigerne la successiva azione profilattica.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. E. M. di C. M.:

Trovasi attualmente in commercio un buon libro, per quanto non aggiornato, compilato dal ten. colonnello VILLA SANTA in « Servizio Sanitario in pace ed in guerra », edito da Mealli e Stianti, tipografi editori, in Firenze.

A. C.

VARIA.

Il tipo di " Sherlock Holmes ,,.

Il tipo di Sherlock Holmes fu ispirato a Conan Doyle — scrive la *Tribune de Genève* — da uno dei suoi professori, il dott. Joë Bell, che aveva straordinarie qualità deduttive. Un giorno, all'ospedale di Edimburgo, il dott. Bell interrogava un paziente: — « Avete prestato servizio nell'esercito, giovanotto? » — « Sissignore ». — « Non deve essere molto tempo che avete lasciato il reggimento! » — « Nossignore ». — « E si trattava di un reggimento scozzese! » — « Sissignore ». — « Voi siete sott'ufficiale? » — « Sissignore ». — « Eravate di residenza alle Antille? » — « Sissignore ». — « Come vedete, spiegava il buon dottore ai suoi allievi, quest'uomo ha un atteggiamento rispettoso; ma non si è tolto il cappello, perchè non si usa farlo sotto le armi. Tuttavia avrebbe imparato maniere più civili se avesse lasciato il reggimento da molto tempo. Ha una cert'aria di autorità e ciò dimostra che è stato sott'ufficiale. È, inoltre, evidentemente scozzese a giudicare dal suo accento. Quanto, poi, alla residenza alle Antille, lo prova il fatto che egli soffre di elefantiasi, malattia molto frequente laggiù ».

Le dosi omeopatiche in medicina allopatica.

L. Pron (*Le Praticien du Nord de l'Afrique*, 15 giu. 1930) ricorda come la medicina omeopatica impieghi dosi infinitesimali dei prodotti attivi: la trentesima diluizione dei sali più in uso non conterrebbe che la milionesima parte, incirca, di una molecola ogni litro di solvente...: è ridicolo pensare che queste diluizioni possano essere attive. Se anche ci fermiamo alla decima diluizione, essa racchiude solo 1 milligrammo di sostanza attiva ogni 10.000 litri; si può dubitare di qualsiasi possibilità d'azione di dosi così esigue. Eppure Bertrand ha mostrato, è già molto tempo, che 1 mg. di manganese, aggiunto a 10.000 litri di brodo-coltura, attiva lo sviluppo dell'*Aspergillus niger*. D'altra parte Richet ha dimostrato che l'aggiunta di vanadio all'acqua di mare, nella stessa diluizione, favorisce i fenomeni fermentativi. In base a questi rilievi, l'A. preconizza una riconciliazione ed una collaborazione tra allopati ed omeopati. A. B.

Una strana guarigione.

L'*España Médica* riferisce il seguente aneddoto. Un medico, di talento eccezionale, è chiamato a visitare una donna che ha perduto la parola. Egli si convince di aver da fare con una isterica e la investe, in presenza del marito, con ogni specie d'insulti. Ad un certo punto il marito si ribella e interviene energicamente, per difendere la moglie. Le cose stanno per prendere bruscamente una cattiva piega, quando la moglie s'intromette ad alta voce, per tentare di ristabilire la calma. Il medico esclama sorridente: è quello che volevo; la guarigione è operata: sono cinquanta pesetas...

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. TURTUR. *Sarcoma dell'orecchio medio e della mastoide in una bambina di tre anni affetta da otite media purulenta cronica.* — Tip. L. Niccolai, Firenze, 1930.

G. TURTUR. *Contributo allo studio dei neoplasmi benigni del condotto uditivo esterno.* — L. Pozzi, Roma, 1930.

C. VERGOMBELLO. *Il rendimento scolastico degli adenoidei nelle scuole elementari del Comune di Milano.* — Medicina Italiana, 1929.

U. FABRIS. *Ricerche sperimentali sui processi estensivi fibrosi stenosanti delle sinoviali tendinee.* — Tip. G. Campi, Foligno, 1930.

U. FABRIS. *Contributo allo studio della Ptiatolitiasi bilaterale del dotto di Warton.* — Tip. Campi, Foligno, 1929.

(1) Tale invio a norma del R. D. 8 febbraio 1923, n. 345, può farsi in franchigia postale come campione senza valore raccomandato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Per la lotta contro la tubercolosi chirurgica.

Prof. SANTE SOLIERI.

In tanto fervore di opere assistenziali approntate ed in via di preparazione per la lotta contro la tubercolosi, la forma così detta chirurgica od esterna della tubercolosi mi è sembrata, almeno per ora, negletta, se non del tutto dimenticata. Le cause di questa, diremo così, poca attenzione sono molte ed anche in parte comprensibili. Anzitutto i mezzi finanziari, per quanto grandi, non sono ancora così ingenti quali richiede la gigantesca lotta intrapresa e bisogna convenire che, fra tutte le localizzazioni della tubercolosi, quella polmonare è la più frequente e la più pericolosa alla società. Si aggiunga la convinzione, diffusa tra i medici ed anche tra i profani, che la tubercolosi chirurgica è forma benigna. Però, se si facesse una statistica degli infermi di tubercolosi chirurgica in Italia, si vedrebbe quanto è grande il numero degli infelici che per anni ed anni trascinano la loro miseria claudicante o suppurante, per finire spesso storpi o deformi, invalidi al lavoro, quando una localizzazione secondaria meningea o polmonare od una granulia non tronca la disgraziata esistenza. Mentre è certo che nella massima parte dei casi *la tubercolosi chirurgica, curata per tempo e bene, guarisce.*

La povera gente che fa capo a noi chirurgi generici negli Ospedali, dove i parenti restano mesi e mesi, dice che è *una malattia da signori*, perchè sa che guarirebbe meglio e più presto in ambiente di cura più idoneo.

Non vorrei qui essere frainteso nel senso che qualcuno possa credere che io neghi ai chirurgi generali degli ospedali la capacità e la possibilità di curare, *ed anche bene*, la tubercolosi chirurgica. Io stesso, chirurgo generale, qualche cosa ho fatto per la cura della tubercolosi chirurgica ed ho sostenuto lotte, che sono riuscite non del tutto infruttuose. Ma noi tutti nell'atto in cui nei nostri ospedali, pure ottimamente attrezzati, diamo l'opera nostra volenterosa alla cura della tubercolosi chirurgica, ci rammarichiamo di non avere a disposizione il bel sole della marina o l'aria salubre ed eccitante dell'alta montagna.

Ed allora perchè non inviare piuttosto gli ammalati di tubercolosi chirurgica nei luoghi più adatti di cura, dove il trattamento operativo o conservativo può avere il sussidio importantissimo che viene dall'ambiente speciale climatico?

Più volte in seno alla Giunta del Consorzio provinciale antitubercolare di Forlì, di cui faccio parte come delegato del Consiglio Provinciale sanitario, avevo prospettato la necessità di occuparci anche della tubercolosi chirurgica. La Giunta del Consorzio, investendosi dell'argomento, dette a me il còmpito di riferire sull'argomento per la seduta del 2 luglio c. a. Nella stessa adunanza la Giunta approvò il seguente ordine del giorno da me presentato:

« *La Giunta esecutiva del Consorzio antitubercolare della Provincia di Forlì, udita la relazione del prof. Solieri, ritenendo essere necessario che anche la tubercolosi esterna o chirurgica abbia da parte delle competenti autorità assistenza e provvida cura, considerando che i mezzi finanziari a disposizione dei consorzi antitubercolari sono per ora appena sufficienti a combattere la tubercolosi polmonare, fa voti perchè le pubbliche amministrazioni, alle quali compete l'onere della cura di detti infermi, li inviino anzichè nei comuni Ospedali, in Istituti specializzati, nei quali può essere più facilmente raggiunta la guarigione mercè i sussidi terapeutici di cui essi dispongono* ».

La Giunta, nell'approvare l'ordine del giorno, deliberò di darne comunicazione a tutti i Comuni ed Istituti di cura della Provincia ed a tutti i Consorzi antitubercolari d'Italia.

Voglio subito dire che già parecchi Enti hanno risposto che, accettando quanto dall'ordine del giorno è suggerito, si sarebbero ad esso uniformati per l'avvenire.

Poche parole da aggiungere allo scopo di tranquillizzare gli Enti, a cui spetta l'onere di assistenza, circa la spesa giornaliera più elevata che essi andranno ad incontrare. È fuori dubbio che negli Istituti di cura specializzati al mare od al monte gli infermi di tubercolosi chirurgica guariranno più presto e che quindi il numero globale di giornate di degenza sarà minore; ciò varrà a compensare il maggiore costo dell'unità di giornata-degenza.

Ma, una volta richiamata l'attenzione sul problema, le supreme autorità, che ora stanno organizzando i grandi ospedali ed i sanatori per la cura degli infermi di tubercolosi polmonare, non mancheranno di approntare istituti nuovi esclusivamente destinati alla cura della tubercolosi chirurgica, poichè quelli esistenti per ora in Italia dispongono di un numero di

letti non sufficiente. Forse il problema potrà anche avvantaggiarsi dalla sistemazione nuova dell'assistenza ospedaliera, che pare voglia devolvere alla Provincia l'onere delle ospedalità. La Provincia, organo centrale, potrà con più facilità discriminare quali provvidenze singolarmente si convengono per le varie categorie di infermi e quindi anche per i sofferenti di tubercolosi chirurgica.

Forlì, agosto 1930.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I. - Direzione Sanitaria.* — Cercasi Assistente volontario con tutti i doveri degli Assistenti effettivi e coll'obbligo di sostituirli durante le loro assenze. Probabilissima promozione ad Assistente effettivo rendendosi vacante un posto di Assistente. Alloggio e vitto tutti i giorni. Inviare *curriculum vitae* e per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

APPIANO (*Bolzano*). — Prima condotta comunale. Stipendio L. 7500 con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità per mezzo di trasporto: se cavallo o motocicletta L. 3600, se automobile L. 6000. Indennità alloggio L. 2600. Caro viveri come per gli altri impiegati comunali. Documenti di rito. Tassa di ammissione al concorso L. 50. Scadenza 22 settembre. Chiedere avviso di concorso al Municipio.

ASCOLI PICENO. *Ospedale Civile C. e G. Mazzoni.* — Scad. 30 sett. Chirurgo primario ostetrico; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 direz. Istituto Materno; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.

BEDIZZOLE (*Brescia*). — Scad. 10 nov.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasporto, L. 150 ambulat., c.-v.; reparto a sera.

BIBBIENA (*Arezzo*). — Scad. 15 ott.; 1ª condotta; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; per uff. san. lire 1100; c.-v.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a.

BRONTE (*Catania*). — Scad. 31 ott.; L. 8000, con riduzione di legge; 4 quinquenni dec.; addizion. L. 3 oltre 500 iscritti; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. ore 18 del 25 nov.; L. 10.000 oltre L. 2000 cavalc., c.-v., 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 15 ott., due condotte; L. 8000 e L. 7000, oltre 5 sessenni dec., c.-v., L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50,10; serv entro 20 gg.

COLLIO (*Brescia*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp.

ENNA. — Scad. 20 sett.; direttore del dispensario celtico comunale; L. 3000; età lim. 25-40 a.

FALCADE (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 1000 bicicl., c.-v.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10.

LIVIGNO (*Sondrio*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 10.000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Per cavalcatura L. 3500. Per trasferta L. 1000. Caro viveri sino a conservazione. Adeguato compenso per gestione Armadio farmaceutico. Eventuale alloggio a patti da convenirsi. Aumento quinquennale L. 1000 dopo biennio. Età minima anni 25, massima 35. Domanda e documenti di rito (dei quali si potrà ottenere l'elenco e gli altri chiarimenti che si vogliono facendone richiesta all'Ufficio comunale) debbono pervenire alla Segreteria del Comune entro il 15 ottobre.

MANTOVA. — Per titoli ed esami. Medico aggiunto presso l'Ufficio d'igiene del Comune di Mantova. Stipendio annuo L. 11.500. Indennità di carica L. 1500. Indennità caro viveri, se coniugato, ridotta a sensi di legge. Termine per la presentazione domanda e documenti di rito, ore 18 del 30 novembre. Richiedere l'avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

MEZZENILE (*Torino*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 700 uff. san., L. 1800 trasp., aumenti.

MONTELEPRE (*Palermo*). — Scad. 25 nov.; consorzio; L. 10.700 oltre L. 775 uff. san., 5 quinquenni dec., età lim. 25-35 a., tassa L. 50,10.

MONTEU BOERO (*Cuneo*). — Scad. 20 sett.; con S. Stefano Boero; L. 9000 e 5 quinquenni, oltre L. 4000 trasp. e L. 600 uff. san.

OSIMO (*Ancona*). — Al 28 sett., condotta di città; L. 8000 e c.-v.; chiedere bando.

RIMINI. — Scad. 30 sett.; condotta forese di S. Giustino; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 cavallo od autovettura, c.-v., addizionale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Raiano, Foligno III, Varano (Ancona); Otranto (Bari); Lavino, Fidenza I (Bologna); Lentini III, Piazza Armerina (Catania); Signa (Firenze); Menfi (Palermo); Catanzaro II (Reggio Calabria); Orte I (Roma); Paola I (Salerno); Potenza II (Taranto); Montiglio Murisengo (Torino); Gorizia Centrale (Trieste); San Donà di Piave, S. Martino Buonalbergo (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi) Scadenza 30 settembre.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso per la nomina di 12 tenenti medici in servizio permanente nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Età massima 30 anni al 20 agosto. Domande in carta da L. 5; dovranno pervenire al Ministero della Marina (Direzione Generale del Personale e dei servizi Militari - Divisione Stato Giuridico) entro il novantesimo giorno dalla pubblicazione della notificazione di concorso sulla « Gazzetta Ufficiale del Regno ». Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina ed alle direzioni degli Ospedali Militari Marittimi di La Spezia, Taranto, Venezia, Pola, La Maddalena, alla Direzione dei Servizi Sanitari della R. Marina di Napoli ed a quella dell'Infermeria di Brindisi.

TORBOLE CASAGLIA (*Brescia*). — Scad. 12 nov.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., indenn. serv. att., L. 1000 trasp., L. 300 uff. san.; età lim. 35 a.

TRENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Rovereto; L. 11.000 e 5 quadrienni di L. 1000, serv. att. L. 2000; compensi e incarichi retribuiti. Età lim. 45 a. Scad. 6 ott.

TREPPO GRANDE (*Udine*). — A ore 18 del 15 nov.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000-3000 trasp.; addizionale L. 150 ogni 100 iscritti oltre 1500: 4; tassa L. 50.

VARESE LIGURE (*Spezia*). — Scad. 30 sett.; con Maissana; L. 9200 oltre L. 1200 indenn. residenziale, L. 2340 cavalc.

VELO VERONESE (*Verona*). — Scad. 30 sett.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp., L. 600 uff. san., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 1200 direz. Ospedale, c.-v., 5 quadrienni dec., L. 2500 cavallo o automob.; età lim. 40 a.

Medico praticissimo condotte ottimi titoli prega colleghi volergli indicare od offrire interinato o supplenza dovunque. Scrivere al dott. Luigi Pansini, Ruvo di Puglia (Bari).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino, ad unanimità di voti, ha nominato preside del Centro di studio, diagnosi e terapia dei tumori il prof. Benedetto Morpurgo — in unione ai proff. Micheli, Donati, Pochettino e Bortolotti, i quali dirigono le varie Sezioni — in sostituzione del compianto prof. Bellom Pescarolo. Ha anche deciso di elevare a quest'ultimo un ricordo marmoreo, in attestazione delle sue alte benemerenze.

Il dott. Carlo Faelli, assistente del prof. Pende nella Clinica medica di Genova, è stato chiamato alla importante carica di medico consulente dell'aeroporto del Littorio in Roma. La Compagnia nazionale di aeronautica inizia così l'impianto di un servizio sanitario specializzato in quanto il dott. Faelli, che si laureò con una tesi di medicina aviatoria, è già conosciuto presso il Ministero dell'aeronautica per il conferimento delle patenti di pilota in Liguria.

Hanno avuto luogo i seguenti passaggi: prof. Lodovico Tommasi, di clinica dermosifilopatica, da Siena a Palermo; prof. Hans von Haberer, di clinica chirurgica, da Düsseldorf a Colonia; prof. Peter Pitzen, di clinica ortopedica, da Monaco a Giessen; prof. Walther Vogt, di anatomia, da Monaco a Zurigo; prof. Viktor Müller, di medicina legale, da Bonn a Berlino (quale successore di Strassmann).

Il prof. Alexander von Lichtenberg, di clinica medica a Berlino, è nominato professore *honoris causa* dell'Università di Pennsylvania a Filadelfia.

Il prof. Gayet è nominato titolare della cattedra di clinica urologica alla Facoltà mista di medicina e farmacia di Lione, a partire dal 1° ottobre, in sostituzione del prof. Rochet, ultimo titolare.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso internazionale di radiologia medica.

Avrà luogo nel 1931, dal 27 al 31 luglio, in Parigi, sotto la presidenza di A. Béclère. Comprenderà 6 Sezioni: 1° Radiofisica; 2° Radiobiologia; 3° Radiodiagnosi; 4° Radioterapia (Röntgen e Curieterapia); 5° Elettrologia medica; 6° Elioterapia naturale e artificiale. Tassa d'iscrizione 300 franchi. Sarà anche organizzata un'Esposizione.

Per quanto concerne il Congresso rivolgersi al segretario generale, R. Ledoux-Lebard, rue de la Boëtie 122, Paris (VIIIe); per quanto concerne l'Esposizione rivolgersi al sig. H. Pilon, commissaire général de l'Exposition de radiologie, boulevard de Vaugirard 34, Paris (XVe).

21° Congresso francese di medicina.

Ricordiamo che avrà luogo a Liegi dal 23 al 25 settembre, sotto la presidenza del prof. De Beco. Temi: « Gli ipertiroidismi » (M. Labbé, Azerard e G. Dreyfus di Parigi, Dautrebande di Bruxelles, Bérard e Peycelon di Lione); « Il metabolismo del calcio » (Brull di Liegi, P. Weil e Guillaumin di Parigi, Mouriquand e Leulier di Lione); « Le indicazioni terapeutiche dell'insulina al di fuori del diabete » (Hoët di Lovanio, Aubertin di Bordeaux, Bickel di Ginevra, Le Fèvre de Arric di Bruxelles). Ad ogni relazione seguiranno la discussione e le comunicazioni sull'argomento.

Il programma dei festeggiamenti comprende un ricevimento offerto dal Governatore della provincia di Liegi, uno spettacolo teatrale, un concerto nella Sala dei festeggiamenti dell'Esposizione, un banchetto.

Un comitato di signore riceverà le famiglie dei congressisti e le accompagnerà a visitare la città e i dintorni e l'Esposizione internazionale di Liegi.

Saranno organizzate varie escursioni, tra le quali una agli stabilimenti idroterapici di Spa.

I congressisti beneficieranno di una riduzione del 35 % sulle ferrovie del Belgio e del 50 % sulle ferrovie francesi. La quota di iscrizione al Congresso è di 100 fr. belgi per i membri aderenti, di 50 fr. belgi per i membri associati. Inviare le adesioni, con la relativa quota, nel più breve tempo possibile al prof. Schoofs, tesoriere del Congresso, rue Louvrex 41, Liége, Belgio.

Durante il Congresso, si terrà un'esposizione di prodotti farmaceutici e dietetici, di acque minerali, di apparecchi di igiene e di radiologia, di istrumenti di laboratorio, ecc. Per notizie rivolgersi al sig. Maujoint, rue de l'Ecole de Médecine 25, Paris.

Segretario generale è il prof. Roskam, rue Beekman 16, Liége, Belgio.

16° Congresso di medicina legale di lingua francese.

Si terrà a Parigi dal 25 al 27 maggio 1931, con la presenza del dott. Ch. Paul. Temi: « Studio medico-legale degli infortuni automobilistici » (Simonin); « Ulcera traumatica dello stomaco » (Etienne Martin): « I delitti passionali » (Lévy-Valensi); « La responsabilità medica » (Duvoir e Donnedieu de Vabre).

49° Congresso Nazionale dei medici tedeschi.

Le due principali organizzazioni corporativistiche dei medici in Germania, la Federazione delle Società Mediche e la Lega Hartmann — che accolgono la quasi totalità dei medici della Germania — si sono adunate in giorni successivi a Kolberg sotto la stessa presidenza del dott. Stander di Norimberga. I temi più discussi furono: la riforma delle assicurazioni sociali, la pletora medica, la riforma degli studi medici.

Un Congresso sull'urolitiasi.

Viene organizzato dalla Società di Medicina di Vittel, sotto gli auspici dell'Istituto d'Idrologia della Facoltà Medica di Nancy, col concorso della Società d'Idrologia e di Climatologia dell'Est della Francia. È indetto per i giorni 24 e 25 maggio 1931 (Pentecoste), sotto la presidenza dei proff. Legueu, Labbé e Villaret. Sarà diviso in tre sezioni: medica, chirurgica e idrologica; sono fissati complessivamente 25 temi ufficiali; si accettano anche comunicazioni (il testo dovrà pervenire alla segreteria non oltre il 1° marzo). Al Congresso sarà unita un'esposizione di calcoli e di renelle. La quota d'iscrizione è fissata in 25 franchi. Durante il Congresso l'alloggio è offerto gratuitamente dalla Société Générale des Eaux Minérales; sui pasti è accordato uno sconto del 25 %. Rivolgersi al: Secrétariat général du Congrès de la Lithiase, Vittel, Francia.

Il tesseramanto dei medici alla F. I. M. S.

La Segreteria del C.O.N.I. comunica:

Con il 1° settembre VIII è stata iniziata la distribuzione delle tessere della F.I.M.S. a tutti quei medici che hanno fatto pervenire la loro adesione. Dopo il necessario limite di tempo imposto per la presentazione delle domande affinchè si potesse creare l'organizzazione della F.I.M.S., resta definitivamente stabilito che tutti i medici capi provinciali possono da ora innanzi accettare tutte le domande che ad essi perverranno per poi trasmetterle volta per volta agli ispettori regionali.

È stata offerta la tessera *ad honorem* della F.I.M.S. all'on. Augusto Turati, Commissario straordinario del C.O.N.I., all'on. Arpinati, al grande ufficiale Berretta, all'on. prof. Ermanno Fioretti, presidente della F.I.M.S. e ad altre personalità dello sport e della medicina sportiva.

Con la distribuzione delle tessere si viene a dare veste ufficiale a tutti quei sanitari che con vera passione si stanno dedicando all'esercizio del loro alto mandato a tutela della giovinezza sportiva d'Italia.

Così mediante l'attività dell'on. prof. Ermanno Fioretti, presidente della F.I.M.S., e dei suoi più vicini collaboratori si viene rapidamente espletando il programma che l'on. Turati ha voluto che la Federazione Italiana Medici Sportivi esercitasse in seno al C.O.N.I.

Giubileo di diamante della Croce Rossa Britannica.

La Croce Rossa britannica ha celebrato, l'8 agosto, il suo giubileo di diamante. Essa ha una vita di 60 anni, essendo stata fondata nel 1870.

Le esperienze della guerra di Crimea, ripetute, in Lombardia nel 1859, dimostrarono l'insufficienza del corpo sanitario militare ed allora si stabilirono a Ginevra nel 1863 le basi per la Croce Rossa futura, già auspicata da Palasciano.

Fu deciso che ogni nazione avesse la sua propria società, e che la preparazione della medesima fosse fatta in tempo di pace per i bisogni della guerra. La Croce Rossa britannica spiegò un'azione veramente efficace durante la guerra franco-prussiana nel 1870-71, essendo animata dal proposito di dare aiuto ad entrambi i belligeranti.

In meno di un mese, una sottoscrizione aperta dal Lord Mayor di Londra fruttò la somma di lire sterline 200.000 e 40 medici furono mandati in zona di guerra: 20 presso l'armata prussiana e 20 presso quella francese. Alla fine della guerra il personale crebbe a 200 persone. Con i fondi rimanenti si fondò una scuola d'infermiere all'ospedale Regina Vittoria. Le benemerenze della Croce Rossa inglese sono numerose.

Il suo lavoro nella guerra europea fu immenso. Basti dire che la sottoscrizione aperta allora dal « Times » fruttò la somma di lire sterline 21.885.635. In seguito fu aggregata all'Ordine di S. Giovanni in Gerusalemme. Dall'ottobre 1914 al giugno 1918 più di 2.000.000 di lire sterline furono spese in trasporti di feriti, 5.000.000 in lavoro e provvigioni per prigionieri di guerra, 5.000.000 in uffici all'estero e 1.500.000 in viveri. È un bilancio che fa onore alla provvida istituzione inglese.

In questa èra di pace è autorizzata da un decreto reale a dare soccorsi « per la prevenzione delle malattie, per il miglioramento della salute e per la mitigazione delle sofferenze estendendo la sua opera in tutto il mondo ».

La nuova Maternità di Nancy.

Il presidente del Consiglio dei Ministri della Francia, André Tardieu, assistito dal Ministro dell'Igiene, Désiré Ferry, e da altre alte autorità, ha inaugurato la grandiosa Maternità dipartimentale di Nancy. Nel suo discorso l'ha dichiarata « il più bello stabilimento del genere in Francia ». È stata concepita e diretta dal prof. Fruhinsholz (assistito dall'architetto Charbonnier); egli ne sarà il direttore. In occasione della cerimonia, gli è stata conferita la medaglia d'oro dell'assistenza pubblica.

Club medico internazionale a New York.

È stato stabilito allo scopo di attivare i rapporti tra i medici nord-americani e quelli di altri Paesi residenti negli Stati Uniti o di passaggio, come pure tra le società scientifiche di varie lingue degli Stati Uniti, e tra le Società scientifiche degli Stati Uniti e quelle di altri Paesi; nonchè allo scopo di facilitare, ai propri membri, le visite, le missioni e gli studi in altri Paesi, e di facilitare l'accesso e il soggiorno negli Stati Uniti a medici eminenti di altri Paesi. Si fa affidamento sulla reciprocità da parte di questi ultimi.

Cineteca medica in Inghilterra.

La grande importanza del cinematografo per l'insegnamento medico è stata riconosciuta appieno in Inghilterra, ove già 25 anni or sono, al « West London Hospital », vennero cinemato-

grafate per la prima volta alcune operazioni chirurgiche; è ora venuta costituendosi una « Kodak Medical Library » che comprende 60 buone cinematografie, classificate secondo i soggetti.

Crociera medica di "Bruxelles-Médical".

Si svolgerà durante le vacanze di Pasqua del 1931, da e per Marsiglia; verranno toccati i seguenti porti: Tripoli, Alessandria (escursione a Cairo, Giaffa, Gerusalemme, Betlemme, Tel Aviv, che è la nuova capitale ebraica, Beyrut, Damasco), Rodi, Stambul (visita di Costantinopoli), Pireo ovvero Falena (gita ad Atene), Corfù, Napoli, (gite ad Ischia, Capri, Pompei).

La crociera avrà luogo col « Champollion »; prezzi per i medici: in 2ª classe franchi francesi 2825, in 1ª classe B 4575, in 1ª classe A 6475. Alla crociera possono prender parte anche dei non medici, purchè presentati da medici, ai prezzi rispettivi di fr. francesi 2995, 4970 e 6865. Si avverte che anche la 2ª classe ha ogni conforto e locali lussuosi. Prezzo delle escursioni e delle gite, tutto compreso, circa 3000 franchi francesi.

Per informazioni rivolgersi al « Bureau des voyages de Bruxelles-Médical », boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

Il prof. Putti in Argentina.

Il prof. Vittorio Putti ha chiuso a Buenos Aires il ciclo delle sue conferenze, seguite dappertutto in Argentina col più grande interesse, e con vivissima ammirazione.

Il prof. Putti ha inaugurato l'Istituto ortopedico argentino, alla cui creazione egli diede validissimo ausilio, consigli e suggerimenti. Le autorità, i medici suoi allievi e gli studenti hanno fatto allo scienziato italiano calorose manifestazioni di simpatia.

Il prof. Rondoni a Montevideo.

Per invito della Società di biologia di Montevideo, organizzatrice del Congresso internazionale di biologia che si terrà prossimamente in quella città, si recherà a rappresentare l'Italia al Congresso il prof. Piero Rondoni della R. Università di Milano. Il prof. Rondoni ha avuto l'incarico di rappresentare il nostro Ministero della Educazione Nazionale. Come ne abbiamo già dato notizia, il prof. N. Pende è stato invitato al parallelo Congresso di Medicina.

In onore di Eiselsberg.

È stato festeggiato il 70° compleanno di Anton Eiselsberg, il clinico chirurgo che meglio continua le tradizioni di Billroth, ben noto per gl'interventi sperimentali e clinici sulla tiroide, i quali aprirono la via alla fisiologia normale e patologica di quest'organo e all'opoterapia tiroidea; egli ha recato altri notevoli contributi alla scienza.

I medici abilitati in Italia durante il 1929.

Dalla statistica degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale nella sessione 1929, si desume che per la medicina si presentarono 1552 candidati, alle dieci sedi di esame; ne furono dichiarati idonei 1360 e respinti 192; le Università da cui provenivano il maggior numero di candidati furono: Napoli con 380 (idonei 295), Roma con 195 (181) e Padova con 119 (104). I medici hanno formato il gruppo più numeroso dei neo-laureati.

La mortalità dei medici negli Stati Uniti.

L'« American Medical Association » registra rigorosamente i medici che si diplomano negli Stati Uniti e le loro morti.

Ogni anno il giornale dell'Associazione raccoglie e analizza questi dati.

Nel 1929 sono state riferite 2797 morti di medici. L'età media è stata di 64,9 anni, il che segna un brusco aumento, di 2 anni, rispetto al 1928. La causa più comune di morti fu data dalle cardiopatie, il che si riscontra già da lungo tempo; seguono le polmoniti; poi le emorragie cerebrali; al 4° posto stanno le nefriti; al 5° l'arteriosclerosi diffusa; al 6° gl'infortuni. Questi produssero 202 morti, contro 135 nell'anno precedente: il forte salto si deve solo in parte all'automobilismo, che ha determinato 65 morti; 10 furono prodotte dalle ferrovie, 16 da cadute, 8 da annegamenti, 12 da ferite d'arma da fuoco, 5 da medicinali presi in eccesso. I suicidi furono 47, come l'anno precedente. Il massimo numero di morti si ebbe a dicembre.

I diplomati durante l'anno scolastico chiuso il 30 giugno 1930 sono stati 4446; detraendone i morti, si ha un incremento di 1646 medici, che non è da considerare come eccessivo, poichè corrisponde all'incremento della popolazione.

Disciplina dei medici nella Gran Brettagna.

Nella Gran Brettagna la disciplina sull'esercizio della professione medica è affidata al « Consiglio Generale di Educazione e Registrazione medica », che costituisce una vera e propria corte di giustizia per i medici stessi.

Il Consiglio riceve le accuse ed istruisce un processo regolare con sedute pubbliche, in cui vengono intese le parti lese e i testimoni, e l'accusato ha modo di presentare le proprie difese. Non vi sono avvocati; ma questa mancanza, mentre non nuoce ai fini della giustizia, permette di celebrare il giudizio rapidamente e serenamente.

La pubblicità del processo offre piena garanzia di giustizia; d'altro canto, la pubblicazione del resoconto e della sentenza nei periodici medici e nei giornali quotidiani rappresenta un freno potente per i medici disposti a mal fare.

Il giudizio del Consiglio non intralcia i diritti dei terzi, i quali possono adire i tribunali ordinari, civili e penali.

Nell'ultima sessione furono chiamati in giudizio vari medici per aver adescato illecitamente i clienti sottraendoli ai colleghi, per seduzione di malate, per atti contro natura e parecchi dentisti per disonestà professionale e violenza carnale.

(Da *Rinasc. Med.*, 1 sett. 1930).

Infortuni di sanitari.

Dal Sanatorio Umberto I di Livorno tornavano in città, su di un autobus, sette medici dell'Ospedale Civile; ad un passaggio a livello l'autobus fu investito da una locomotiva e lanciato tra i binari; il conducente rimase ucciso; tutti i medici furono più o meno gravemente feriti e dovettero essere ricoverati nell'Ospedale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Morgagni, 1 giu. — R. DE NUNNO. Micosi dell'apparato respir.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tub., 31 mag. — R. PACHIOLI e M. SCARZELLA. Meningo-mielite tbc. — M. MAZZETTI. Sindrome basale anter. controlaterale nel corso del pneumot. terap.

Minerva Med., 2 giu. — A. CIONINI. Differenza delle varie forme d'ipertens. arteriosa.

Wien. Arch. inn. Med., 3 giu. — D. DANIELOPOLU. Tono norm. e patolog. dell'apparato circolatorio dell'uomo. — O. SATKE e R. BARTOLOMEY. Contenuto basico-acido dell'organismo. — R. RUSSEW. Setticemia nella tbc. — F. DEUTSCH. Morte da commotio cordis nel pugilato. — G. FÉNYES. Azioni dell'istamina.

Cult. Med. Mod., 15 mag. — V. C. PIAZZA. Splenoterapia nella tbc. polm.

Ned. Tijd. v. Geneesk., 7 giu. — A. A. H. VAN DEN BERGH. Angina pectoris.

Revue Belge des Sc. Méd., mar. — G. MELLI e G. TASSO. Destino del cloruro sodico e di altri sali per via endoven.

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero su: sordità, vertigine auricolare.

Brit. Med. Journ., 7 giu. — G. EVANS e W. A. ROBB. Febbre glandolare.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 1 giu. — U. CASSINIS. Gli sports al mare.

Deut. Med. Woch., 6 giu. — FRIEDMANN e EKELES. Roentgenterapia dell'agranulocitosi. — C. SCHILLING. Chemoterapia delle mal. tropic.

Radiol. Med., giu. — G. BALESTRA e A. GHIO. Quadro radiologico polmon. nei vizi valvolari di cuore. — R. VIVIANI. Ulcera extra-bulbare del duodeno.

Zeit. f. Tuberk., giu. — W. LANDAU. I processi di guarig. della tbc. polm.

Diagnost. e Tecn. di Labor., 25 mag. — U. SIMONELLI. Determinaz. dello zolfo neutro nelle urine.

Mediz. Klinik, 6 giu. — Numero sulla tubercolosi.

Münch. Med. Woch., 6 giu. — Id.

Presse Méd., 4 giu. — OUDARD. Forma ambulatoria dell'appendicite acuta. — A. VIELA. I misfatti dell'ignipuntura della amigdale.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., mag. — M. LABBÉ e al. Arteriti da punto di partenza venoso.

Bull. Ac. de Méd., 27 mag. — L. TRABAUD. La malaria, malattia convulsivante.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — J. P. GREENWILL. Tagli cesarei cervicali. — C. R. STEINKE. Utero rotto con madre e bambino vivi. — P. OGINZ. Ergotismus gangrenosus.

Zbl. f. Chir., 7 giu. — H. FINSTERER. Anestesia splancnica. — B. MARTIN. Prevenzione dell'embolia polmon. letale.

Revue Neurol., mag. — I. BERTRAND e P. MARECHAL. Complesso olivare inferiore. — E. MONIZ. Miopatie miocloniche.

Arch. dell'Istituto Biochim. Ital., feb. — B. FRATTINI e M. M. MAINO. Ormone follicolare. — G. FASOLI. Avitaminosi e sviluppo dei tessuti dentali. — A. MIGLIAVACCA. Rigeneraz. del midollo spin. nei feti e neonati.

Arch. It. di Chir., 2. — G. MORONE. Colecistiti micotiche sperimentali. — F. C. BIANCHETTI. Diabete insipido da trauma cranico. — G. GALLOTTA. Colecistectomia ideale.

Riforma Med., 26 mag. — F. DE SANCTIS MONALDI. Azione patogena del BCG e suo valore immunizzante nelle cavie. — I. CATTANEO. Diffus. del virus vaccinico al sist. nerv. centr.

Morgagni, 8 giu. — G. BALICE. Riserva alcalina e colecistectomia.

Paris Méd., 7 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Journal A. M. A., 24 mag. — C. A. ALDRICH. Nefriti nell'infanzia. — A. S. HYMAN e A. E. PARSONNET. Miocardosi. — L. KESSEL e A. ROMANOFF. Infezione gen. da difteroide. — J. C. MASSEE e J. S. ROONEY. Meningite da Torula histolytica. — *Id.*, 31 mag. — J. D. HEARD. Cura del paziente. S. SILBERT. Tromboangite obliterante (Buerger).

Journ. de Méd. de Lyon, 5 giu. — J. CHALIER e R. FROMENT. L'encefalite tifica.

Arch. It. di An. e Istol. Patol., mar.-apr. — G. BOMPIANI. Dottrina dell'emolisi. — G. SCAGLIA. Sarcosporidiosi cardiaca. — F. VOLANTE. Eterotopia della sostanza grigia del cervello. — P. RONDONI. Basi chimico-fisiche della tecnica istologica. — F. LISI. Infarto dell'utero e « apoplexia uteri vetularum ».

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., mag. — C. FITTIPALDI. Peritelioma dell'utero. — E. DEBENEDETTI e G. SCARPARONE. Retraz. dell'omento nella cirrosi epat.

Wien. Klin. Woch., 12 giu. — F. KERMAUNER. Trattam. delle tossicosi gravidiche. — NEWIADOWSKI. Eziologia del cancro nel topo.

Deut. Med. Woch., 13 giu. — KYRIASIDIS. Influenza della malaria sulla tbc. — W. W. SIEBERT. Cinematografie endotoraceli.

Mediz. Welt, 14 giu. — NONNENBRUCH. L'edema cardiale. — PLETNEW. Iniezioni paravertebrali nell'angina pectoris.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mag. — C. NINNI. Ultravirus tubercolare. — A. AZZI. Sierodiagnosi della sifilide.

Arch. App. Digestif, ecc., mag. — HAMANT e P. L. DRONET. Colecistite acuta con ittero protratto, drenaggio medico delle vie bil. — A. HOROWITZ. Compito patogen. di alcuni protozoi intestinali.

Münch. Med. Woch., 15 giu. — POCHLMANN. Gruppi sang. e sifilide.

Zeitsch. f. Tuberk., giu. — G. WOLFF e al. Cause della regressione della mortalità da tbc. in alcuni paesi civili.

Dermosifilografo, mag. — C. RAMORINI. Dermatosi facciali d'origine dentaria.

Rev. Méd. de Barcelona, mag. — F. CARRERAS. Cisti della placenta. — L. SUÑÉ Y MEDÁN. Sinusalgie frontali.

Mediz. Klinik, 13 giu. — GOLDSCHEIDER. Nuove acquisizioni sulla patol. e terapia della circolaz. — J. J. STUTZIU. Massaggio prostatico.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — P. BROOKE BRAND e al. Anemia della gravid. — H. KOSTER e al. Rapporti tra epatite e colecistite cronica. — W. R. MEEKER. Anestetici locali.

Acta Med. Scandin., III. — E. GOTTLIEB. Funzione renale nei gottosi. — A. H. DU BOIS. Angina monocitaria. — J. RUSSETZKI. Sindrome piramidale.

Annali d'Ig., mag. — F. NERI e F. SIMONETTI. Presenza e significato del colibacillo nel latte. — G. TIZZONI e G. DE ANGELIS. Immunità contro l'adeno-carcinoma sperim. — V. DELFINO. L'Opera sanitaria del Consiglio Nazionale dell'Educaz. dell'Argentina.

Haematologica, III. — L. Zucchi. Isoemoagglutinine nei trasudati, essudati e liquido cef.-rach. — B. Badudieri. Ematologia comparata.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., giu. — H. Wolff e W. A. Brams. Encefalite post-vaccinica. — S. Bergsma. Meralgia paresthetica.

Japan Journ. Med. Sc., II, 1. — J. Ogawa. Concentraz. idrogenionica nei tessuti. — J. Inada. Il fegato nelle spirochetosi sperimentali.

Amer. Journ. Med. Sciences, giu. — W. O. Thomson e al. Mixedema durante la somministrazione di iodio nel gozzo esoftalm. — F. P. Currier e D. B. Davis. Lipodistrofia progressiva alla menopausa. — A. W. Rowe e M. McManus. Glicosurie non diabetiche. — N. Kopeloff. Malaria d'inoculaz. — F. J. Leibly. Morte da emetina.

Endocrinology, mar.-apr. — J. C. Janney e B. S. Walker. Sostanze estrogene. — S. Wincent e J. H. Thomson. Compito della midolla adrenale nella pressione sang.

Minerva Med., 16 giu. — L. Condorelli. Cirrosi di Hanot e sifilide.

Brit. Med. Journ., 21 giu. — M. H. MacLeid. Affezioni cutanee da funghi simili ai lieviti.

Sang, 3. — N. Fiessinger e C. M. Laur. Tecnica di preparaz. delle emazie granulose o reticulociti. — F. Françon. L'acido urico nel sangue.

Presse Méd., 18 giu. — E. Sergent. Lipiododiagnosi e false immagini cavitarie. — L. Diamaud-Berger e al. Malformazioni del rachide cervicale.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 22 Settembre 1930 Num. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma
diretta dal Prof. P. L. BOSELLINI.

Cura della psoriasi

per il dott. M. MONACELLI, aiuto e lib. docente.

Se Audry, nello scrivere il suo capitolo sulla psoriasi nella *Pratique dermatologique* or sono circa trent'anni, poteva dire che l'arsenale terapeutico di questa malattia era estremamente ricco e complesso, ben più giustificata sarebbe questa osservazione oggi. Ognuna delle tante ipotesi e teorie che, specie in questi ultimi anni, sono state formulate a spiegare l'enigma ezio-patogenetico di una tra le dermatosi più diffuse e, per quanto riguarda la sua natura, più oscure, ha portato come corollario pratico nuove indicazioni terapeutiche. Medicamenti da usare per via esterna ed interna, preparati glandolari, metodi fisioterapici sono stati volta a volta vantati come specifici contro questa malattia, ma, pur non volendo negare, almeno ad alcuni di questi metodi, un effettivo valore pratico, che si sia ancor ben lontani dall'aver fissato la terapia definitiva delle psoriasi ce lo prova il fatto che nessun dermatologo serio può, allo stato attuale delle cose, affermare di aver in modo definitivo guarito un solo psoriasico.

Passare in rivista tutte le teorie che ancora si dividono il campo nel voler spiegare la natura eziopatogenetica della dermatosi, teorie che vanno dall'origine nervosa a quella endocrina, dalla natura parassitaria alla ereditarietà, ci porterebbe troppo lontano. Accenneremo soltanto all'ipotesi di Šamberger che oggi trova molti consensi tra i dermatologi, ipotesi che, pur non rientrando in nessuno dei gruppi sopra ricordati, ne riassume e ne fonde gli elementi migliori.

La cute degli psoriasici si troverebbe in uno speciale stato di diminuita vitalità che ne modificherebbe il modo di reagire agli abituali stimoli, i quali, sia dall'interno che dall'esterno, vengono ad esplicare la loro azione sulla

stessa. Questa diminuita vitalità non sarebbe limitata agli strati epidermici, ma interesserebbe anche elementi dermici e tra questi specialmente i capillari sanguigni; nei primi si esplicherebbe con una deviazione dal normale processo di cheratinizzazione, secondo la quale invece di giungersi, attraverso le note trasformazioni della cellula malpighiana, alla formazione dello strato corneo, si avrebbe il fenomeno conosciuto sotto il nome di paracheratosi e caratterizzato dall'assenza dello strato granuloso e dal permanere dei nuclei nelle cellule cornee. Per quanto riguarda i capillari del derma questi presenterebbero uno stato di dilatazione permanente, causa di una difettosa circolazione locale e che non eccezionalmente si trasformerebbe in una completa vaso-paralisi, il che clinicamente corrisponde alla comparsa delle eritrodermie esfoliative post-psoriasiche.

In una parola, la cute psoriasica si troverebbe in uno speciale stato che, per usare l'espressione di Šamberger, chiameremo *diatesi paracheratosica*, e a causa del quale la cute stessa risponderebbe in un modo univoco, e cioè con la formazione della chiazza psoriasica, agli stimoli più diversi (infezioni microbiche, azioni tossiche esterne e interne, traumatismi). E' sempre di Šamberger l'osservazione che gli psoriasici non andrebbero che eccezionalmente soggetti alle comuni piodermiti, perchè una volta iniziatisi i fatti reattivi ai piogeni sotto forma di micro-ascessi epidermici, questi verrebbero eliminati dalla reazione paracheratosica senza potersi riunire in pustole macroscopiche. La scabbia stessa sarebbe in questi pazienti rarissima.

Dal punto di vista biochimico questa alterata reattività delle cellule cutanee sarebbe legata, secondo gli studi di van Kerckhoff, ad una diminuzione dei processi intracellulari di ossidazione.

Per modificare questa predisposizione alla paracheratosi, che sarebbe il più delle volte congenita e famigliare, Šamberger ha pensato di servirsi dell'ormone che sembra avere più influenza sulla vitalità della cute, e precisamente dell'ormone timico, somministrato per via orale o sottocutanea. I buoni risultati da lui ottenuti avrebbero trovato una conferma nelle osservazioni di Brock che ha visto le psoriasi aggravarsi in seguito ad irradiazioni Röntgen a forti dosi su la regione del timo, migliorare e guarire in seguito ad irradiazioni più deboli, a dose eccitante, su la stessa regione.

Ma, mentre per Brock l'insufficiente funzione timica sarebbe l'unica causa delle psoriasi, questa per Šamberger non sarebbe che uno dei momenti patogenetici che, data la presenza nel soggetto di una diatesi paracheratosica, porterebbe allo stabilirsi delle psoriasi. Ad ogni modo il concetto di una diminuita vitalità dell'epidermide porta, come indicazione terapeutica generale, di stimolare il ripristino di questa vitalità, favorendo, più che sia possibile, la vita all'aria aperta di questi soggetti, consigliando bagni frequenti, medicamentosi o semplici, esposizione della cute ai raggi solari o irradiazioni ultraviolette. Misure terapeutiche queste che già empiricamente facevano parte di quelle abitualmente consigliate agli psoriasici.

Van Kerckhoff che, come ho detto, considera come tipica per la malattia una diminuzione dei processi ossidativi epidermici, consiglia l'uso di manganese colloidale per via ipodermica, col quale si otterrebbe un aumento di attività delle ossidasi intracellulari. Lo stesso arsenico, di cui è tradizionale l'uso nella psoriasi, agirebbe in questo senso.

Dirò subito come ricerche di controllo eseguite anche nella nostra Clinica, sull'efficacia del manganese colloidale e della terapia timica, sotto forma di preparati glandolari o di irradiazioni a dose eccitante, abbiano dimostrato che questi mezzi non giovano che incompletamente e soltanto in una scarsa percentuale di pazienti. Altrettanto si può dire di numerosi altri metodi, tra i quali ricorderò l'uso di iniezioni di preparati bismutici e aurici, le irradiazioni ultraviolette dopo sensibilizzazione alla luce con iniezioni di tripaflavina, la terapia insulinica e quella con estratti di squame psoriasiche, la proteinoterapia e la diatermocoagulazione di singole chiazze alle quali dovrebbe seguire il riassorbimento spontaneo delle altre.

Anche i tentativi di modificare la dermatosi agendo sul chimismo organico generale di questi soggetti, non hanno avuto risultati molto brillanti. Se è vero, come abbiamo detto, che tutti gli stimoli possono considerarsi sufficienti in determinati soggetti in cui sia presente la diatesi paracheratosica a provocare la comparsa della psoriasi, questo deve valere anche per le azioni tossiche endogene da alterato ricambio. Questi pazienti vanno perciò sempre studiati da questo punto di vista per individuare ed eventualmente correggere le deviazioni dalla norma.

Ricerche in serie hanno dimostrato che se non è possibile stabilire una formula costante del biochimismo degli psoriasici, pure nella maggioranza di essi è possibile fissare l'esistenza di un certo grado di ritenzione azotata. Sono questi i casi in cui, più che dell'arsenico, gli ammalati si giovano di una cura jodica ed eventualmente tiroidea. Ma anche qui l'osservazione clinica aveva preceduto il laboratorio. Da tempo la denominazione di « *morbus fortiorum* » data alla malattia ne aveva fatto un attributo di soggetti obesi e a ricambio rallentato. E tuttora l'osservare la psoriasi in individui che non abbiano le stigmate degli artritici *sensu lato* ci sembra urtare contro qual-

che regola che non sappiamo bene neppure noi stessi quale sia, e così l'osservazione, rara ma non eccezionale, di psoriasi in ragazzi e bambini.

Abbiamo detto come, almeno in una gran parte dei casi, non ci sia da attendersi grandi vantaggi dall'uso dei sussidi terapeutici più o meno di recente vantati contro la psoriasi; pur non perdendoli di vista, specie alcuni veramente interessanti per le induzioni che la loro maggiore o minore efficacia ci permettono sull'essenza stessa delle dermatosi, e riservandoci di metterli in uso in quei casi che presentino delle particolari indicazioni, in questa come in altre malattie della pelle sarà bene non trascurare anche la conoscenza e l'applicazione dei metodi di cura locale. Con questi, è bene non dimenticarlo, i vecchi dermatologi, forti della loro maggiore esperienza, raggiungevano molte volte più rapidamente e più sicuramente lo scopo di quanto non accada spesso oggi a chi va alla ricerca di terapie più brillanti e scientificamente più suggestive.

I medicamenti usati per la terapia esterna della psoriasi sono anch'essi numerosissimi, ma volendo limitarci ai principali, che anche oggi trovano più larga applicazione, ricorderemo l'acido salicilico, i mercuriali, i preparati di catrame, la crisarobina e l'acido pirogallico.

L'acido salicilico, grazie al suo potere cheratolitico, è usato nella parte preliminare della cura antipsoriasica, quando ci si propone di allontanare le squame, a volte abbondantissime e in veri accumuli che ricoprono le chiazze psoriasiche. Bagni frequenti e prolungati e uso di vaselina salicilica al 3-5 % sono le prescrizioni più raccomandabili durante questo periodo. Nel bagno le chiazze verranno insaponate con saponi ipergrassi pure all'acido salicilico e quando le squame siano molto abbondanti e si allontanino con difficoltà, le chiazze stesse potranno anche essere frizionate con una certa energia con uno spazzolino. Si ricordi che la psoriasi in genere, meno casi speciali ai quali accenneremo più tardi, va considerata come una dermatosi non irritabile ed è perciò possibile sottoporla a trattamenti terapeutici piuttosto energici. Altra cosa che non va però dimenticata è l'accresciuto potere di assorbimento delle chiazze psoriasiche sì che di ogni medicamento che su di esse si adoperi conviene sempre osservare l'eventuale attività tossica. E questo va detto anche per l'acido salicilico, ingiustamente dai più ritenuto sostanza del tutto innocua.

Sono stati descritti, e più specialmente in bambini, anche casi di morte per l'uso di pomate saliciliche a concentrazione piuttosto elevata (10 %) e applicate su vaste superfici cutanee; un caso di intossicazione salicilica ho osservato di recente io stesso in un paziente che aveva applicato su gran parte del corpo una forte quantità di vaselina salicilica al 5 %. Lo stesso soggetto aveva già precedentemente fatto uso più volte, in occasione di altre *poussées* della malattia, di pomate analoghe senza risentirne alcun danno. I tipici fenomeni generali (ronzii, cefalea, iposistolia, conati di vomito) cessarono rapidamente con la sospensione dell'uso dell'acido salicilico e con la somministrazione *per os* di abbondanti quantità di bicarbonato di sodio che alcalinizzando l'urina aumenta la rapidità di eliminazione del medicamento. Se usato con le debite precauzioni (si abbia cura anche di non farne uso nelle donne in periodo di allattamento per evitarne il passaggio nel latte) l'acido salicilico fornirà in un primo tempo degli ottimi risultati. Si ricordi, prescrivendolo in vasellina per il corpo o in olio di olive in caso di psoriasi del capillizio, di aggiungere sempre olio di ricino in proporzione del 10 % per aumentarne la solubilità ed impedire che rimangano dei cristalli indisciolti che irriterebbero la cute.

Allontanate le squame, il che generalmente avviene dopo pochi giorni di cura, è il momento di passare alla cura crisarobinica ammesso che non si tratti di una psoriasi con speciali caratteri irritativi (soggetti che già in precedenza abbiano avuto delle eritrodermie, psoriasi a piccole chiazze che si moltiplicano rapidamente, ecc.). In questi casi sarà bene limitarsi a metodi di cura più blandi (preparati mercuriali o di catrame) come pure sarebbe consigliabile non prescrivere mai cura crisarobinica negli ammalati ambulanti ma limitarla a quelli che possono essere seguiti in maniera continuativa dal curante o riservarla tra gli ambulanti a quelli che diano maggior affidamento di eseguire con criterio e con esattezza le prescrizioni.

La crisarobina, che si presenta come una polvere gialla che diviene rapidamente bruna all'aria ed è ottenuta dalla corteccia di una euforbiacea che cresce nelle Indie portoghesi (polvere di Goa) e nell'America del Sud, da quando è stata introdotta in Europa (1878) ha occupato il posto d'onore nella terapia della psoriasi. Effettivamente è a volte impressionante la rapidità con la quale le chiazze psoriasiche scompaiono sotto l'azione di questo medicamento: lo si usa generalmente incorporato in vaselina o in paste di zinco, talora, specie in focolai limitati, in traumaticina, una soluzione di guttaperca in cloroformio, in concentrazione gradatamente crescente: 1, 3, 5, 10 (20!) %. Jadassohn raccomanda dosi molto più basse — 0,1-0,5 % — con le quali effettivamente molte volte si raggiunge del pari lo scopo esponendo il paziente a pericolo proporzionalmente minore di fatti tossici. Sotto l'azione della crisarobina le chiazze cominciano ad impallidire, dalla periferia verso il centro, l'infiltrazione diminuisce e nel contempo compare tutt'intorno alla chiazza un alone rosso violetto che va sfumando verso le parti sane. La cura crisarobinica non deve conside-

rarsi ultimata fino a che la chiazza in tutta l'estensione che era in precedenza ricoperta di squame non mostra più traccia di fenomeni infiammatori e si presenta di colorito bianco mentre l'alone periferico è divenuto francamente bruno, sì che la cute del paziente, specie quando la dermatosi era molto diffusa, assume un aspetto che ricorda quello della vitiligine e che va sotto il nome di leucoderma post-psoriasico. A questo punto si sospenderà il trattamento crisarobinico, ma sarà bene, ad evitare troppo rapide recidive, di raccomandare al paziente di fare uso per qualche tempo ancora di pomate leggermente cheratolitiche (ad es. resorcina e acido salicilico 2 %).

Durante l'uso della crisarobina sarà bene non dimenticare alcune norme fra cui quella di non permettere bagni troppo frequenti ai pazienti (al massimo due per settimana) e quando si tratti di psoriasi che occupi gran parte del corpo di non sottoporla che a sezioni al trattamento crisarobinico.

Le ottime qualità di questo prezioso medicamento sono pur troppo accompagnate da tutta una serie di azioni accessorie spiacevoli che ne riducono non indifferentemente il valore terapeutico. E innanzi tutto l'alone di arrossamento che abbiamo ricordato circondare le chiazze psoriasiche durante il trattamento può in determinati soggetti o in zone particolarmente sensibili (genitali) assumere l'aspetto di una vera dermatite tossica, diffondendosi alle zone vicine e fondendosi con altre chiazze sino a condurre talora a veri stati eritrodermici. E' perciò sempre consigliabile in soggetti dei quali non si conosca la tolleranza alla crisarobina iniziare con l'uso di pomate a concentrazione crisarobinica molto debole e applicate su superfici di non vasta estensione o meglio ancora far precedere alla cura una prova funzionale cutanea col metodo di Bloch per mettere in evidenza una eventuale ipersensibilità verso il medicamento. Se alcune regioni della cute presentano una speciale sensibilità verso la crisarobina sensibilissime sono le mucose e tra queste più specialmente la congiuntiva. Per diffusione di una dermatite crisarobinica o per apporto diretto del medicamento sull'occhio, ad esempio con le mani sporche di pomata, si ha la comparsa di gravi congiuntiviti con fotofobia, secrezione profusa, iniezione ciliare e talvolta anche fatti ulcerosi della cornea. Perciò l'indicazione di evitare assolutamente l'uso della crisarobina nelle psoriasi del viso e di limitarne anche l'uso alle mani o, in caso di necessità, applicare il medicamento sotto una medicazione occlusiva.

Fatti di intossicazione da riassorbimento si osservano invece raramente ed eventualmente si limitano a sintomi di irritazione renale. Un altro svantaggio che presenta la crisarobina, e del quale bisogna far sempre avvertiti i pazienti, è quello di colorare la cute, le appendici cutanee e, in maniera quasi indelebile, anche gli indumenti che vengono a contatto col medicamento. Le unghie divengono rosso-brune, i capelli, specie se biondi, assumono una tinta giallo-verdastra. Questo inconveniente è invece presentato in maniera molto più ridotta da una sostanza molto vicina alla crisarobina, della quale possiede invece tutta l'attività terapeutica, sostanza ottenuta per la prima volta sinteticamente in Germania durante la guerra per sopperire all'impossibilità di procurarsi la crisarobina dai luoghi di produzione e rimasta poi anche più tardi in uso per le sue buone qualità. Si tratta della cignolina, un diossi-antranolo che differisce solo per la mancanza di un gruppo metilitico nella sua molecola dalla crisarobina (diossi-metil-antranolo) e che terapeuticamente è dotata di attività molto maggiore sì da dover essere usata in concentrazioni più basse (0,10-0,25 %).

Prima che venisse introdotto in Europa l'uso della crisarobina, il medicamento più usato contro la psoriasi era il catrame; tuttora però preparati di catrame conservano in determinati casi le loro indicazioni. Usati vengono generalmente, piuttosto che i catrami minerali, quelli di origine vegetale, ottenuti per distillazione secca di legni resinosi, e tra questi specialmente l'olio di cade, ricavato da determinate qualità di ginepro. Lo si può adoperare puro e in questo caso la sua applicazione deve essere limitata a superfici relativamente ristrette e necessita una sorveglianza minuziosa, sia per la comparsa di fatti di intolleranza locale (acne cadica) che per fatti tossici generali (nefrite, paralisi di origine centrale) o invece incorporato in concentrazioni varie per lo più in glicerolato d'amido. Sotto questa forma può essere affidato anche a pazienti che non possano sottoporsi a una continua vigilanza del curante; nella pratica ambulatoria presenta però lo svantaggio del suo odore caratteristico e penetrante, per cui l'uso deve essere generalmente limitato alle ore della notte.

Un altro modo di impiego dell'olio di cade è quello di aggiungerlo sotto forma di emulsione all'acqua del bagno. Ho detto come i bagni siano sempre indicati in tutte le forme di psoriasi e durante ogni periodo di cura (con qualche limitazione durante l'uso della crisarobina) e ciò a differenza di quanto avviene nella grande maggioranza degli altri dermopazienti, ma i bagni medicati all'olio di cade trovano una speciale indicazione nelle forme di psoriasi generalizzate e irritate con tendenza all'eritrodermia. È in questi casi che gli autori tedeschi, da Hebra in poi, consigliano addirittura il bagno a permanenza, misura terapeutica certamente a volte di mirabile efficacia, applicabile però soltanto in istituti specializzati, forniti degli impianti necessari e di personale addestrato.

L'uso dei preparati mercuriali, soli o associati al catrame, è pure raccomandabile in casi non sottoponibili alla terapia crisarobinica, o per speciali localizzazioni della malattia. Così per la psoriasi del viso e del capillizio vengono specialmente usati il precipitato bianco di mercurio o il calomelano, uniti a vaselina o a pasta di zinco, in proporzione dall'1 al 10 %. Ma per il cuoio capelluto, nell'ambito del quale le chiazze psoriasiche mostrano tante volte una speciale resistenza alle cure, il medicamento di elezione, specie quando si tratti di soggetti bruni, è l'acido pirogallico da usarsi nella concentrazione massima del 5 % in vaselina o in alcool o in acetone. Ma anche nell'uso dell'acido pirogallico non bisogna mai dimenticare le speciali proprietà di assorbimento della cute psoriasica e sorvegliare con la massima cura i pazienti. L'acido pirogallico infatti, se assorbito in quantità notevole, è fortemente tossico. Esso provoca la formazione di metemoglobina. Il sangue diviene bruno, compare emoglobinuria e metemoglobinuria con colorazione verde nerastra delle urine. Si può giungere all'anuria e all'uremia. È bene, perciò, controllare di frequente le urine durante l'uso di questo medicamento per sospenderne l'applicazione ai primi segni di intolleranza.

Abbiamo visto come le numerose sostanze che siamo venuti enumerando siano tutte dotate di efficacia più o meno notevole, ma anche di proprietà tossiche le quali rendono la cura locale della psoriasi un compito spesso non agevole, e sempre molto delicato.

Nuove possibilità si sono presentate in questo campo per il diffondersi negli ultimi anni dei metodi di terapia fisica. Fra questi due specialmente assumono maggiore importanza per la terapia della psoriasi, e precisamente la Roentgenterapia e l'actinoterapia.

Fin dai suoi albori la Röntgenterapia è stata voluta sperimentare nella cura di questa malattia, nella speranza di ottenere con essa dei risultati più duraturi di quelli che si ottengono con la comune terapia locale. Ma, se si è visto che era possibile con delle irradiazioni Röntgen esattamente dosate e giustamente applicate ottenere la regressione e la scomparsa di eruzioni psoriasiche, si è dovuto d'altra parte constatare che le recidive erano altrettanto frequenti e precoci con questo che con ogni altro genere di terapia. Questo diminuisce notevolmente la portata pratica dei raggi Röntgen in questo campo perchè se pure per il paziente sarebbe spesso preferibile sottoporsi ad essi piuttosto che all'applicazione di pomate, è intuitivo che la Roentgenterapia, per quanto usata in questa malattia a dosi molto ridotte, non può essere ripetuta più e più volte, anche a intervalli di una certa durata, nello stesso paziente, senza esporlo al pericolo di radiodermiti. Troppo poco infatti sappiamo ancora su la possibilità di accumulo dei raggi Röntgen nella cute anche se, come dicevo, somministrati a dosi ridotte, e molti danni osservati appunto in questi pazienti e comodamente attribuiti a una idiosincrasia ai raggi Röntgen, del resto ancora da dimostrarsi, sono quasi certamente da riferire a un numero eccessivo di serie di irradiazioni praticate ad ogni succesisva *poussée* della malattia.

A diminuire inoltre il valore terapeutico dei raggi Röntgen sta anche l'osservazione spesso fatta che la loro attività verso l'eruzione diminuisce, dopo i brillanti successi iniziali, ad ogni successiva applicazione.

Ma, fatte queste premesse, non si può negare che in alcuni casi di eruzioni particolarmente resistenti alle cure comuni — il che si osserva più specialmente in alcune localizzazioni della dermatosi (palme e piante) — e non troppo estese su l'ambito cutaneo sarà senz'altro indicato il ricorrere alla Röntgenterapia.

Quando si sia, d'altra parte, assolutamente sicuri della dose che si somministra, si farà cosa molto grata ai pazienti irradiando le localizzazioni psoriasiche delle parti scoperte (mani, viso e lo stesso cuoio capelluto) ottenendone così rapidamente la regressione senza dover ricorrere all'uso di pomate, con i loro inconvenienti di irritazione e per alcuni medicamenti, di colorazione della cute.

All'actinoterapia, sotto forma di bagni generali di luce ultravioletta si riserverà invece un altro cómpito, direi quasi più profilattico che curativo, cioè quello di agire su tutto l'organo cutaneo per accelerarne i processi ossidativi ed aumentarne la vitalità. L'azione diretta dei raggi actinici su le singole chiazze psoriasiche è per lo più scarsa e bisogna raggiungere forti gradi di irritazione, non sempre piacevoli per il paziente, per ottenere dei risultati apprezzabili.

Allo scarso valore pratico del vantato metodo di sensibilizzazione alla luce ultravioletta con l'iniezione endovenosa di sostanze fotosensibilizzanti (tripaflavina) ho già accennato in principio. Questo ed altri metodi, sui quali ancora non è detta l'ultima parola, vanno per ora lasciati allo studio degli istituti specializzati nei quali sono possibili osservazioni in serie sotto la più stretta osservazione dei malati. Il pratico potrà ad ogni modo il più delle volte con una oculata e prudente terapia locale liberare il paziente dalla sua psoriasi, specie quando questa per la sua localizzazione e per la sua estensione gli sia causa di qualche fastidio. Chiazze non eccessivamente estese, non mostranti tendenza all'accrescimento, localizzate nelle zone di predilezione (gomiti, ginocchi, regione sacrale) potranno essere lasciate al loro destino senza nessun pericolo, o verranno semplicemente sottoposte all'azione di grassi o pomate inerti che impediscano l'accumularsi di squame e combattano l'eccessiva secchezza della cute.

LAVORI ORIGINALI.

Manicomio Provinciale di Ancona.
Direttore: Prof. G. Modena.

Funzione e struttura delle cellule del "Tuber cinereum" (1)

Dott. Umberto Poppi.

(Nota preventiva).

In numerose affezioni morbose (parkinson vero e postencefalitico, diabete insipido e zuccherino, acromegalia, acrodinia, ecc.) sono state istologicamente riscontrate lese le cellule che costituiscono i nuclei principali del *Tuber cinereum* (n. periventricolare, n.i della banderella ottica, n. ventrale e n. diffuso) benchè di tali cellule non si conosca ancora con certezza la struttura normale. Questa osservazione ha tanta maggior importanza in quanto l'aspetto normale delle cellule di detti nuclei nell'uomo può essere facilmente scambiato per patologico. Infatti la sostanza cromatica si trova addensata in sottile strato alla periferia cellulare; il citoplasma, col metodo di Nissl, risulta chiaro, « vitreo »; il nucleo è il più delle volte eccentrico, ma è grosso e vescicoloso e non appare mai schiacciato contro il bordo delle cellule. Il reticolo endo-cellulare che ho studiato con i metodi di Donaggio e d'impregnazione argentica si comporta analogamente al tigroide, essendo conglutinato e compresso alla periferia cellulare; non si mette in evidenza nel centro del citoplasma, si colora invece e s'impregna nei prolungamenti.

Causa di dette disposizioni è la presenza di grasso nell'interno del citoplasma: questo grasso esistente anche nei fanciulli, si accresce con l'età, è colorabile col sudan 3°, con lo scarlatto e con altri reattivi per i grassi e per i lipoidi. È quasi insolubile in acetone, e mostra di essere costituito di una parte di elementi birifrangenti. In molti casi la presenza del grasso determina la dissoluzione del protoplasma, cosicchè i granuli di grasso si possono rinvenire nel tessuto circostante.

Che non si tratti di semplice infiltrazione grassa lo dimostra l'aspetto del nucleo il quale è spostato sì ma non schiacciato, come si verifica nell'atrofia pigmentaria. Oggi poi si tende a considerare il grasso delle cellule nervose non più come un prodotto di disintegrazione, ma al contrario come un prodotto di integrazione (Buscaino), per cui la presenza di detta sostanza grassa che apparirebbe costituita da grassi neutri e da lipoidi non è destituita di notevole importanza biologica.

Altro reperto degno di nota è dato dalla presenza di numerose granulazioni endocellulari, che si mettono in evidenza nelle stesse cellule col metodo di Heidenhein all'ematossilina ferrica. Dette granulazioni che ricordano quelle dell'ipofisi e delle surrenali, ove vengono considerate come l'espressione ultima della secrezione lipoidea, sono visibili solo a fortissimo ingrandimento, occupano tutto o parte del citoplasma, e, nei casi ove questo è in via di disfacimento, si possono colorare libere, o apparentemente tali, nel tessuto circostante.

A queste constatazioni citologiche devo aggiungere che la vascolarizzazione del *Tuber cinereum* da parte delle aa. comunicanti posteriori (pedicello-peduncolo-tuberiano) è delle più ricche, e si distingue da quella molto meno esuberante del talamo ottico.

Detti rilievi acquistano uno speciale valore alla luce di recenti osservazioni sulla presenza di sostanze ad azione eguale a quella del lobo posteriore e medio e forse anche anteriore nel *Tuber cinereum* del cane e del gatto.

Dalle prime ricerche di Collin (1924) in questo senso e da quelle contemporanee di John Abel, il quale ritiene che l'ormone ad azione specifica del lobo posteriore dell'ipofisi, non solo si *trovi*, ma si *formi* anche nel *Tuber cinereum*, si giunge alle belle esperienze di Sato (1928) il quale con la poltiglia di *Tuber* di animali normali o ipofisectomizzati ottenne effetti sull'utero isolato eguali per qualità a quelli propri all'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi.

Sulla base delle semplici osservazioni istologiche esposte non si può in alcun modo avanzare delle ipotesi, tuttavia ritengo che i fatti mi autorizzino a porre il quesito se le cellule del *Tuber cinereum* siano da considerare quali semplici serbatoi del prodotto elaborato del lobo posteriore oppure, se siano esse stesse dotate di funzione endocrina.

RIASSUNTO.

Le cellule dei principali nuclei tuberiani contengono una notevole massa di grasso composta in parte da lipoidi, che determina lo spostamento della sostanza cromatica e l'addensamento della neuro-rete alla periferia cellulare.

---

(1) Il lavoro in esteso verrà pubblicato nella *Rivista di Patol. nerv. e mentale.*

Dette cellule contengono inoltre numerose granulazioni siderofile di natura lipoidea simili a quelle proprie delle cellule ipofisarie e surrenali.

L'A. ricorda le ricerche di Abel, Collin e Sato i quali hanno ritrovato nel *Tuber* un principio attivo eguale a quello del lobo posteriore dell'ipofisi, e si domanda se dette cellule abbiano una semplice funzione di serbatoio o piuttosto una funzione endocrina loro propria.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA.
Primario Chirurgo: Prof. ANTONUCCI

Una sindrome eccezionale determinata da un linfosarcoma del digiuno.

Dott. FABIANO BENEDETTI-VALENTINI.

« Il sarcoma dell'intestino tenue, per la scarsezza dei sintomi che presenta durante la sua evoluzione, non è mai clinicamente diagnosticato nell'individuo adulto» [P. Duval (1)] e si può appena sospettare nel fanciullo per il precoce stabilirsi di una grave cachessia che nel breve volgere di pochi mesi conduce questi fatalmente alla morte. Per ciò se in un bambino profondamente denutrito ed anemizzato, dispeptico e diarroico, l'esame dell'addome svelerà la presenza di una tumefazione più o meno cospicua a superficie irregolare e molto mobile, sarà lecito pensare, oltre che ai sarcomi del rene, ai tumori della milza, dell'ovaio, dell'omento, del mesentere, all'invaginamento cronico ed alla peritonite tubercolare fibrocaseosa, anche ai tumori intestinali in genere ed ai sarcomi del digiuno-ileo in ispecie.

Ma nell'adulto, ove l'inizio di tale malattia è subdolo, il decorso il più delle volte silenzioso, perfetta rimanendo la canalizzazione e florido lo stato generale, la diagnosi potrà essere avanzata, e solamente come ipotesi, allorquando un esame dell'addome praticato per altre ragioni ci faccia accidentalmente consapevoli della presenza di una tumefazione mobile e indolente nella regione centrale dell'addome. Ma sarà solo un episodio acuto, la perforazione, che, obbligando il chirurgo alla laparatomia d'urgenza, svelerà, per lo più troppo tardi, lo stato reale delle cose.

Se invece una enterorragia ed un attacco di piccola o grande occlusione, evenienza assai più rara, richiami l'attenzione del paziente o del medico sul tubo digerente ed adeguate indagini cliniche e soprattutto radiologiche siano istituite, sarà possibile talvolta con più serio fondamento porre la diagnosi di tumore del tenue ed agire al più presto con la terapia chirurgica radicale, la quale questa volta potrà riuscire veramente utile.

Io sono sollecitato a riferire la storia clinica di un paziente da me accolto e soccorso all'Ospedale di S. Giovanni, non tanto per aggiungere un caso alle non ricche statistiche dei linfosarcomi del piccolo intestino, quanto perchè l'episodio acuto che condusse questo malato alla nostra osservazione si svolse con modalità diverse da quelle consuete quali sono descritte dai trattatisti e dagli autori delle varie monografie.

P. Arturo, di anni 37, fotografo cinematografico.

Si presenta al posto di soccorso alle ore 11 del giorno 18 gennaio 1930 per dolori addominali.

Egli dice che tali dolori, localizzati da prima nella parte alta dell'addome e diffusi poscia a tutto il ventre, sono insorti improvvisamente e violentemente il mattino di quello stesso giorno, ed afferma di aver emesso poco dopo feci sanguigne e ancora di aver vomitato in grande copia sangue rutilante.

Circa l'anamnesi remota riferisce che da molti anni era sofferente di bronchite cronica particolarmente modesta per l'abbondanza dell'escreato. Interrogato diligentemente in proposito ricorda di essere stato molestato saltuariamente negli ultimi mesi da dolori addominali vaghi, i quali non erano per altro accompagnati nè da anoressia nè da vomiti nè da irregolarità dell'alvo. Nega lues. È modesto bevitore e strenuo fumatore.

Esame obbiettivo. — Individuo di statura piuttosto piccola, a scheletro proporzionatamente sviluppato: nutrizione assai scadente; colorito della cute profondamente pallido, alquanto violaceo quello delle mucose visibili e dei letti ungueali. Dita a bacchetta di tamburo con unghie curve simili a vetri di orologio.

Stato ansioso. Respirazione frequente (35). Polso (130) piccolo, molle, ritmico. Temperatura febbrile (38°,3).

Torace: scarno, simmetrico. Il fremito vocale tattile è bene ed ugualmente trasmesso su tutta l'aia polmonare. Alla percussione: suono chiaro, timpanico su tutto l'ambito. All'ascoltazione: ronchi, sibili e rantoli a grosse e medie bolle diffusi tanto all'emitorace destro che al sinistro, così verso gli apici come alle basi.

Cuore: nei limiti, azione concitata, toni normali.

Addome: L'esame praticato in un primo tempo dà: immobilità della parete durante i movimenti respiratori, rigidità su tutti i quadranti, dolorabilità squisita e difesa netta nel quadrante inferiore sinistro. La percussione fa sentire una ottusità nelle parti declivi. Tale ottusità si sposta facendo decombere il paziente sull'uno o sull'altro fianco.

Un secondo esame, praticato un'ora dopo, mentre il paziente è in attesa nell'anticamera

operatoria dopo aver avuta un'iniezione di morfina, pone in rilievo attraverso la parete resa più docile, una bozza della grandezza e forma di un limone, a limiti irregolari, di consistenza piuttosto dura, facilmente spostabile specie nella direzione trasversale.

Aia epatica scomparsa. Milza non palpabile per la soverchia tensione della parete.

Esplorazione rettale: nulla di notevole se si eccettua la constatazione diretta della presenza di sangue nell'ampolla.

Mentre le notizie riferite dal paziente circa l'insorgenza del dolore e la primitiva localizzazione alta di esso, l'ematemesi e l'enterorragia, unite alla sicura esistenza della difesa addominale ed alla presenza di liquido libero e di gas nell'addome mi avevano fatto pensare dopo il primo esame obbiettivo ad una perforazione da ulcera duodenale, per cui già mi accingevo ad eseguire una laparotomia epigastrica per espletare il solito soccorso; la constatazione sicura della tumefazione in corrispondenza del quadrante inferiore sinistro fatta nel secondo esame mi spinse a pensare, di fronte ad un soggetto quasi sicuramente affetto da tubercolosi avanzata, alla possibile esistenza di un granuloma intestinale ulcerato, con la qual diagnosi i vari segni potevano tutti trovar la loro logica spiegazione se si eccettui l'abbondante ematemesi che mi lasciava tuttavia alquanto perplesso.

L'ipotesi di un invaginamento intestinale acuto con necrosi e perforazione dell'intestino fu anche avanzata; ma si pensò doverla scartare data la soverchia brevità del tempo intercorso tra l'inizio del dolore e la formazione del versamento idro-aereo nel cavo addominale. In ogni modo anche per tale affezione non sembrava regolare la risalita del sangue fino allo stomaco.

Così pure, per l'assenza di sintomi antecedenti di malattia infettiva generale, per la sicura presenza invece di un tumore addominale, ed ancora per l'ematemesi, si scartò subito la possibilità di una perforazione da ulcera tifosa.

Al neoplasma intestinale non si pensò che di volo per la mancanza completa di disturbi di canalizzazione nell'anamnesi del paziente, per la topografia del tumore che non sembrava potersi riferire alle zone occupate dal colon ove sogliono per lo più insorgere tali affezioni; ed anche perchè si sa che i cancri dell'intestino raramente sono causa di perforazione nella libera cavità del peritoneo.

In ogni modo non si poteva mai comprendere come un versamento sanguigno prodottosi nel lume intestinale, per quanto abbondante esso fosse, potesse risalire fino allo stomaco provocando vomito sanguigno data la contemporanea esistenza di una comunicazione più o meno ampia fra lume intestinale e cavità peritoneale.

Comunque, indiscutibile essendo per i sintomi clamorosi presentati dal paziente l'indicazione operatoria diretta a curare la certa perforazione di un organo cavo nell'addome, procedetti senza indugio all'intervento, il quale fu quindi iniziato due ore circa dopo l'ingresso del paziente al posto di soccorso.

Operazione: 18-1-30 (Dott. Fabio Benedetti Valentini). Rachianestesia tutocainica gr. 0,04+++.

Mentre si pratica la puntura lombare, il paziente è preso da un violento accesso di vomito col quale emette circa un litro di sangue rutilante!... Nondimeno si procede subito alla laparotomia ipomesogastrica mediana mentre viene infusa nelle vene del malato abbondante quantità di soluzione fisiologica glucosata.

Appena aperto il peritoneo un lieve sibilo ed un sottile zampillo di sangue nerastro dimostrano la reale presenza di abbondante versamento emato-gassoso nella cavità. Grossi coaguli ricoprono le anse del tenue poste un po' più in basso ed a sinistra della cicatrice ombellicale. Rimovendo tali coaguli la mano tocca e l'occhio vede un tumore interessante l'intestino, il quale in quel tratto è aumentato di volume fino ad assumere le dimensioni di un arancio. La parete di esso è largamente ed irregolarmente squarciata; e dall'ampia lacerazione, la quale è solo in parte ostruita dall'omento che vi ha largamente aderito, protrudono grossi coaguli sanguigni.

Il tratto di mesentere corrispondente all'ansa presa dal processo patologico è occupato da ghiandole grosse come olive, non deformate, lisce, di colore giallastro, di consistenza durissima.

L'intervento consiste nella resezione del tratto intestinale malato e del relativo mesentere seguita da anastomosi termino-terminale. Si cerca di sgombrare per quanto è possibile il peritoneo dai coaguli e dal sangue in esso riversati e si termina con un tamponamento ampio a ventaglio spinto in tutte le direzioni. Il paziente sopporta il non lungo intervento abbastanza bene e sembra essere, dopo la pratica di una trasfusione sanguigna di 250 gr. col metodo diretto di Joubet, in condizioni del tutto soddisfacente.

Tale apparente miglioramento dello stato generale con cessazione completa del vomito si mantenne per circa tre giorni. Il quarto giorno però il paziente cominciò ad essere molestato dal singhiozzo, si aggravò rapidamente e morì.

Dietro nostro ripetuto interessamento, ci fu concessa dalla famiglia l'autopsia a patto che ci limitassimo al solo esame degli organi accessibili dalla ferita laparotomica.

L'esame dunque è limitato alla cavità addominale e agli organi in essa contenuti: si constata anzitutto presenza di un liquido bruno nelle parti declivi del ventre, anse alquanto meteoriche iperemiche non coperte di essudati. La sutura intestinale, che dista circa 60 cm. dall'angolo duodeno digiunale, si mostra perfettamente continente.

Lo stomaco è molto ampio e contiene liquido bruno come posa di caffè. Le pareti di esso sono sottili, il rivestimento sieroso è normale e integra è pure la mucosa ove non si rendono evidenti nè ulcere nè altre alterazioni.

L'anello pilorico, con particolare cura esaminato, si presenta anch'esso in condizioni del tutto normali.

Integre sono pure le altre parti del tubo digerente: duodeno, digiuno, ileo e colon. Il lume di questi vari segmenti è occupato nelle porzioni alte da liquido brunastro, nelle porzioni più basse da materiale scuro simile alla pece.

A carico del mesentere non si osservano altre alterazioni ghiandolari, oltre quelle già viste durante l'intervento per quel tratto che corrispondeva alla porzione d'intestino resecata.

Esenti da qualsiasi alterazione il fegato e le vie biliari, il pancreas, la milza e i reni.

Si cerca infine di accedere alle cavità pleuriche e di estrarre i polmoni attraverso due tagli praticati nella volta diaframmatica, ma non si riesce allo scopo per la esistenza di aderenze vaste e tenaci.

Il segmento intestinale resecato è costituito da una specie di sacca aneurismiforme del diame-

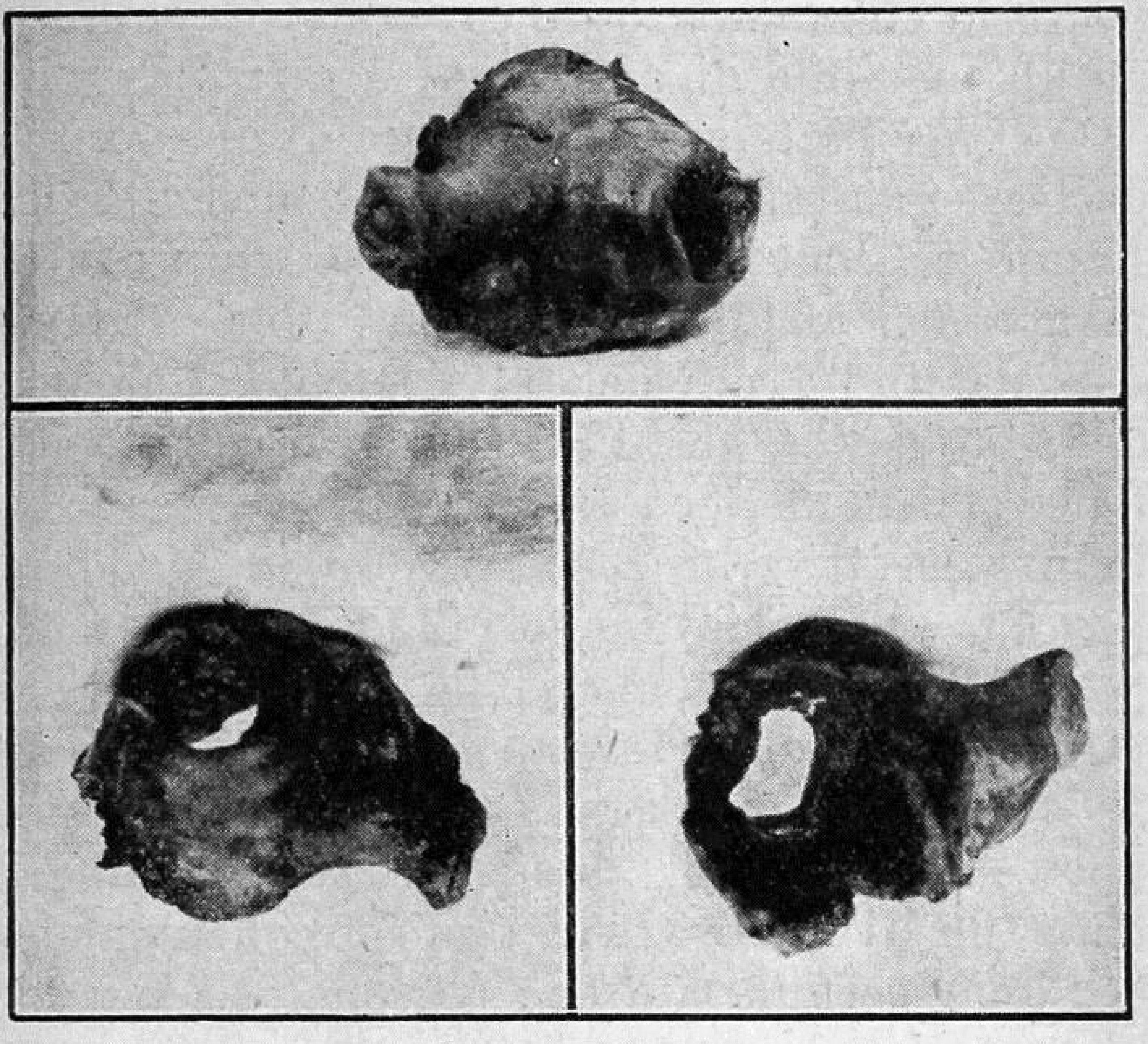


FIG. 1.

tro di circa otto centimetri, la quale si continua tanto a monte che a valle con intestino di aspetto normale.

La superficie esterna della sacca è liscia, rivestita di sierosa normale. Nella porzione libera

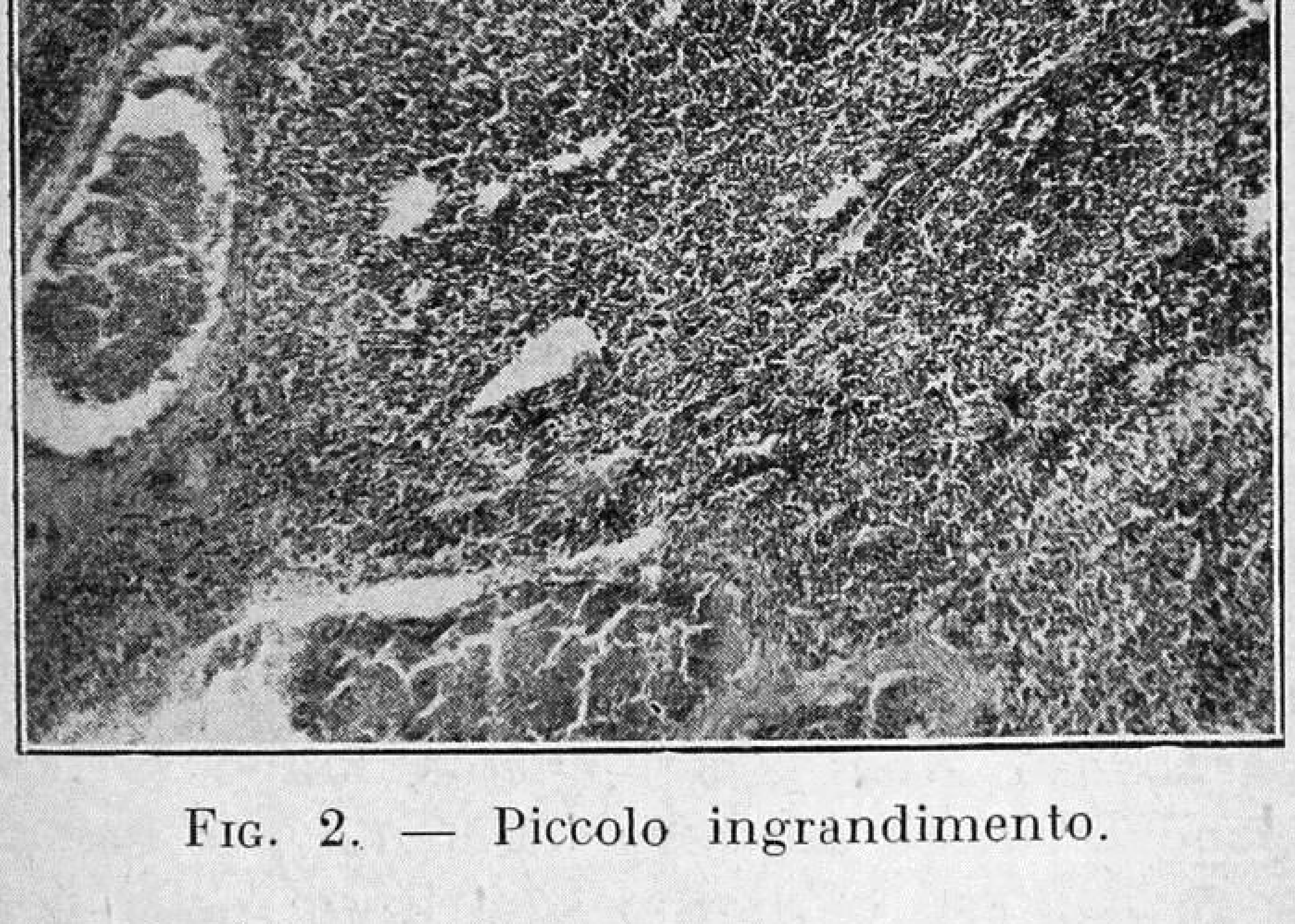


FIG. 2. — Piccolo ingrandimento.

dalla inserzione mesenterica si osserva una larga apertura irregolarmente tagliata. Lo spessore della parete che in media è di cinque o sei millimetri, in corrispondenza dei margini della rottura non ne misura che due o tre. Il rivestimento mucoso non è più in alcun punto riconoscibile; ma vi si osserva invece per tutta la estensione una zona coperta di bottoni carnosi rosso grigiastri di piccole dimensioni simili alle granulazioni di una piaga di cattivo aspetto.

Praticata una sezione trasversale della parete, non si riesce a riconoscervi i varii strati ad eccezione di quello sieroso, al disotto del quale si osserva un tessuto lardaceo, uniforme, di colorito giallastro o rosso grigiastro, in qualche parte variegato per la presenza di infiltrazioni emorragiche, di consistenza dura elastica coriacea.

L'esame microscopico di un frammento fissato in formalina incluso in paraffina e colorato con eosina ed ematossilina, dimostra che:

« La struttura dell'intestino è scomparsa completamente perchè la massa del tumore ha invaso tutte le tuniche; è solo conservata la sie-

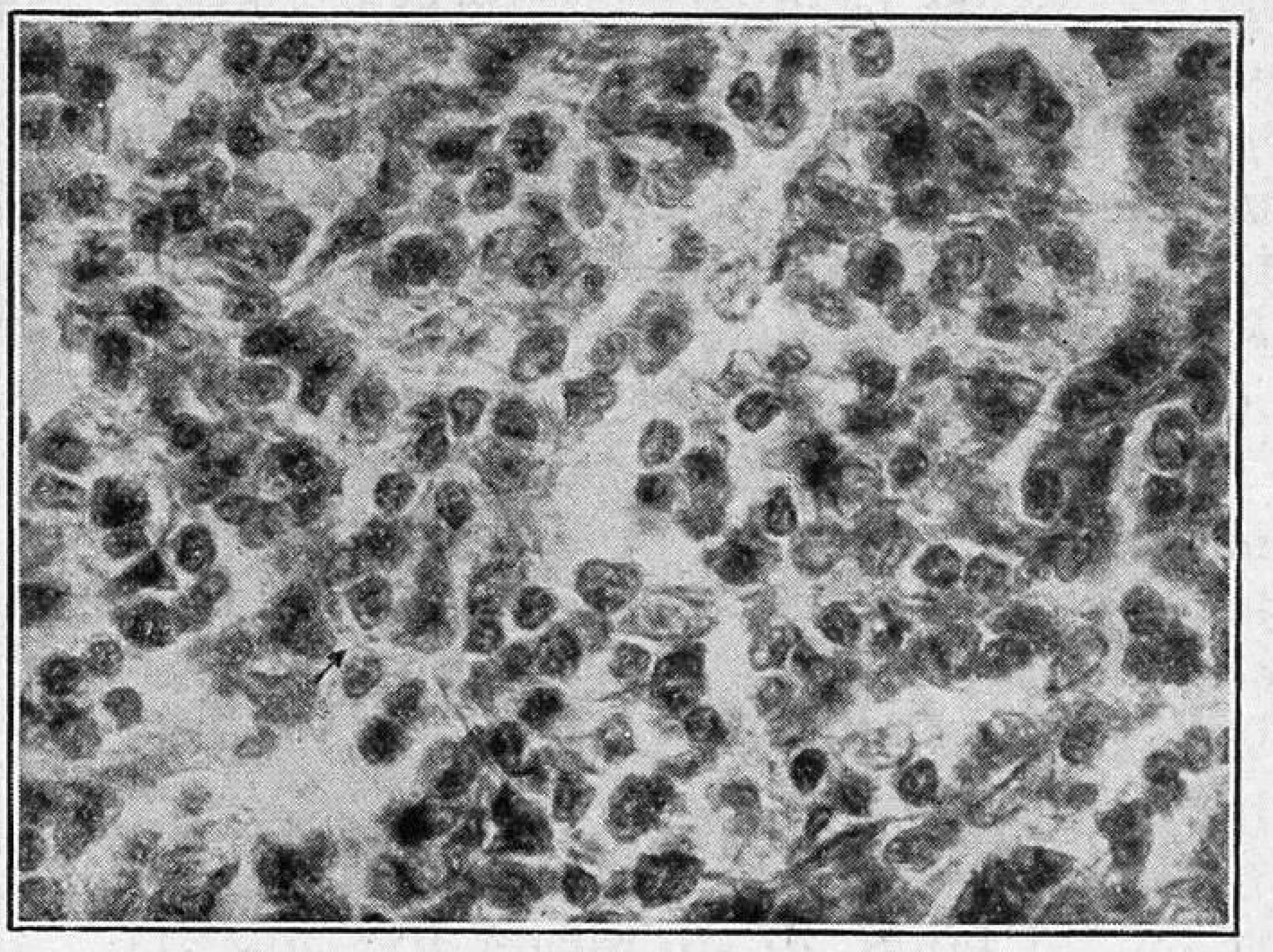


FIG. 3. — Forte ingrandimento.

rosa peritoneale leggermente ispessita, ricca di vasi sanguigni ed infiltrata di elementi piccoli identici a quelli della massa tumorale.

Il tumore è fatto essenzialmente di cellule piccole, rotonde, di aspetto linfoide, in mezzo alle quali si nota una sottile trama connettivale e si veggono anche molti vasi sanguigni a pareti sottili molto ampii e ripieni di sangue. In alcuni punti della massa tumorale si notano infiltrazioni emorragiche ».

Diagnosi istologica: « linfosarcoma dell'intestino tenue ».

La relazione di questo caso può destare qualche interesse:

1) *per la rarità* della lesione riscontrata nel soggetto da noi osservato, la quale vien segnalata da tutti gli autori (P. Duval, Kaufmann, Bergmann). Mikulicz su 100 tumori maligni dell'intestino ne annovera 4 soli del tenue e Nothnagel su 243 casi ne conta solo 6 a localizzazione digiuno ileale.

Nell'ordine poi di frequenza rispetto alle varie specie istologiche dei tumori, il linfosarcoma si riscontra un po' meno spesso del sarcoma globocellulare:

sarcoma globocellulare	21
linfosarcoma	15
sarcoma fusocellulare	5
sarcoma alveolare	1
sarcoma fusoglobocellulare	1

2) *per la poca frequenza della perforazione* che nei sarcomi del tenue si osserverebbe solamente nel 6 % secondo Kleebank (2);

3) *per la localizzazione* che non è la consueta. I linfosarcomi primitivi dell'intestino infatti prediligono la fine del digiuno e l'inizio dell'ileo [Trémolière e Caussade (3)], sono eccezionali nel crasso (Glinski, Lecène).

Nel nostro paziente il tumore si era sviluppato su un *segmento digiunale distante appena 60 cm.* dal ligamento di Treitz;

4) perchè essendo insorta una sindrome da perforazione in un *soggetto sicuramente tubercoloso* (si ricordi la bronchite cronica con abbondante espettorato, la voce afona, le dita a bacchette di tamburo e la pleurite adesiva basale che vietava l'accesso al torace per via transdiaframmatica) *si poteva pensare che l'elemento specifico ne fosse responsabile o per lo meno vi avesse qualche parte.*

Perrot e Varcellier (4) infatti hanno annesso grande importanza alla preesistenza delle enteriti croniche specialmente ulcerose e sopra tutto alle ulceri tubercolari nella etiologia del *linfosarcoma e del sarcoma del tenue.*

Hofmeister (5) vide svilupparsi un linfosarcoma sul fondo di un'ulcera tbc. guarita.

Per quanto fosse facile nel caso sospettare che tale fattore fosse in giuoco, *pure l'autopsia non dimostrò alcuna lesione ulcerosa a carico della mucosa dell'intestino* esaminato in tutta la sua lunghezza, ad eccezione di quella vastissima prodotta dal neoplasma;

5) degna di attenzione è inoltre *la forma assunta dal tratto intestinale preso dal processo patologico che ricorda quella di un sacco aneurismatico*, quale hanno già descritto Madelung (6), Lecène (= sarcoma di Lecène), Treves e Baltzer. L'origine prima del neoplasma dallo strato sottomucoso e la precoce distruzione dello strato muscolare, integra restando lungo tempo la sierosa, spiega assai bene la precoce ectasia dell'intestino privato dell'elemento contrattile. Tale dilatazione con l'assenza assoluta di stenosi spiega chiaramente come possa questa malattia restare per tanto tempo del tutto latente. Duval su 45 casi ne riporta 2 soli con stenosi contro 38 ectasizzanti;

6) notevole è ancora la *unicità* e la *circoscrizione* del processo al solo intestino ed alle relative ghiandole mesenteriche le quali sono del resto il più delle volte interessate (75 % secondo P. Duval). L'autopsia nel nostro caso non ha messo in evidenza lesioni neoplastiche di nessuno degli altri visceri esaminati (fegato, rene, ecc.). E poichè tale reperto è in questa malattia quasi costante, si può affermare che se si potesse precocemente scovare questa insidiosa malattia, l'intervento tempestivo e radicale (resezione ampia dell'ansa e del mesentere corrispondente), potrebbe essere seguito da risultati ottimi e forse anche definitivi. Oggi, secondo P. Duval, la mortalità operatoria è del 26 %. Circa gli esiti lontani i vari Autori (Czerny, Mikulicz, Kalu, Willy Meyer), annoverano sopravvivenze senza riproduzioni apparenti in parecchi casi per un tempo vario che oscilla da un minimo di sei mesi ad un massimo di dieci anni e mezzo;

7) ma l'interesse particolare di questo caso deriva soprattutto dalla singolare modalità dell'episodio acuto che ha svelato improvvisamente con segni non comuni una malattia rimasta fino allora del tutto latente. Una triade sintomatica costituita da idropneumoperitoneo, ematemesi ed enterorragia, ed osservata in un giovane che è stato preso in modo repentino da violenti dolori addominali, tende piuttosto ad allontanare che ad avvicinare la nostra attenzione al resto del tubo intestinale per fermarla invece con maggior confidenza allo stomaco e al duodeno, sede ordinaria delle ulceri callose che tanto frequentemente sogliono perforarsi e che possono, sia pure in via eccezionale, provocare contemporaneamente l'emorragia e la perforazione.

Ora, se si ammette la evenienza, peraltro non frequente, del contemporaneo stabilirsi di questi due gravi accidenti in un antico portatore di ulcera, si comprende facilmente come essi debbano creare un quadro clinico del tutto simile a quello con il quale si presentò a noi il malato di cui sopra abbiamo riferito.

Se al contrario pensiamo ai fenomeni che sogliono far seguito alla perforazione intestinale, noi comprendiamo facilmente il versamento endo-peritoneale idroaereo, ci spieghiamo ancora l'enterorragia se la malattia responsabile della terebrazione suol essere abitualmente causa di emorragie; ma non concepiamo come da una sezione del tubo digerente più o meno largamente perforata (o deiscente come nel caso nostro) possa il sangue invece di riversarsi in modo più o meno completo nel cavo peritoneale, incanalarsi ancora lungo la porzione inferiore del tubo digerente per fuoriuscire dall'ano o risalire addirittura nella porzione superiore di esso, fino a superare l'anello pilorico e riversarsi in gran copia nello stomaco per poi essere da questo espulso all'esterno per la bocca.

Come ha potuto dunque nel nostro paziente la presenza di una larghissima usura dell'intestino conciliarsi con questa triplice e irregolare manifestazione dell'emorragia?

Io credo che la successione dei fatti debba

essere stata questa: per lo sfacelo di una parte del tumore (fatto frequente nei linfosarcomi e sarcomi in genere), o anche per l'improvviso stabilirsi di un infarto emorragico di un tratto intestinale successivo ad obliterazione di una arteria mesenterica (compressione da metastasi ghiandolare?) una forte quantità di sangue si è riversata nel lume intestinale, ha invaso la porzione distale e prossimale dell'intestino, ed ha superato ancora il non lontano anello pilorico per riversarsi nello stomaco. Qualche condizione speciale (coaguli?) ha forse reso poscia non facile il progresso del materiale cruoroso sia a monte che a valle della fonte emorragica. Ed allora la parete intestinale già assottigliata e dilatata dal processo neoplastico ulceroso ha ceduto sotto l'impulso della pressione così rapidamente crescente, rompendosi largamente ed irregolarmente nel luogo di minor resistenza.

Invano l'omento è accorso per sbarrare la strada al rapido fluire del sangue e del contenuto intestinale nella libera cavità del ventre, chè le aderenze di esso al tumore largamente squarciato non han potuto stabilirsi nè così complete nè così salde da salvare la grande sierosa dalla fatale contaminazione ed il paziente dalla morte.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver ricordato le conoscenze sul linfosarcoma dell'intestino, espone un caso personale operato d'urgenza per gravissima sindrome di addome acuto, la cui peculiarità è nella coesistenza di ematemesi, melena ed emoperitoneo, determinata dalla perforazione ampia della parete del digiuno invasa dal neoplasma.

L'A. conferma la difficoltà diagnostica in vivo della rara affezione.

Roma, 1° maggio 1930.

TESTI E MEMORIE CONSULTATE.

1) Pierre Duval. *Pathologie de l'intestin*: Béguin, Bourgeois, Duval, ecc. *Précis de Pathologie Chirurgicale*, tome IV, pag. 549. Masson et C.ie, éditeurs, Paris, 1928.

2) Kleebank. *Kasuist Beitr. z. Path. Anat. der Dünndarmsarkome*. In Diss. München, 1904.

3) F. Trémolière et Caussade. *Cancer du jejuno-iléon*; Roger-Vidal-Teissier. *Nouveau traité de médecine*, fasc. XIV, pag. 259, Masson et C., éd., 1924.

4) Venot e Parcellier. *Le cancer primitif du jejuno-iléon*. Revue de Chirurgie, 1915.

5) Hofmeister. Citato da W. Körte. (Bergmann: Trattato di Chirurgia Pratica, vol. III; Chirurgia dell'addome, pag. 356). Soc. Editr. Libr., 1909.

6) Madelung. Citato da Kaufmann. Trattato di Anatomia Patologica speciale, pag. 731. Vallardi, edit., 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI RESPIRATORI.

La diagnosi precoce dei tumori primitivi del pulmone.

(T. N. Parish. *Practitioner*, agosto 1930).

I progressi della chirurgia toracica hanno messo in evidenza l'importanza della diagnosi precoce dei tumori primitivi del pulmone.

Al riguardo l'A. ha fatto uno studio su 32 casi di detta malattia.

Nella maggioranza dei casi l'inizio è insidioso. La malattia comincia con disturbi di scarsa importanza ed il paziente si decide a consultare il medico molto tardi.

In tre casi l'inizio fu apparentemente improvviso con una sindrome acuta clinicamente rassomigliante alla pneumonite. In questi casi la diagnosi differenziale tra neoplasma pulmonare e pulmonite irresoluta è difficile.

I primi sintomi non hanno nulla di particolare che facciano pensare al tumore.

La tosse è quasi sempre presente ed in un buon numero dei casi costituisce il primo sintoma.

Hunt trovò come primo sintoma il dolore nel 36 % dei casi e considera questo fatto di grande importanza per la diagnosi differenziale con la tubercolosi, nella quale il dolore non è molto comune. Altri autori ritengono che il dolore sia relativamente raro.

Nei casi esaminati si trovò il dolore come sintoma iniziale nel 22 % ed in altrettanta proporzione esso si manifestò successivamente ma sempre presto. Il dolore talvolta è lancinante, talvolta è costituito da un senso di malessere o di peso.

La dispnea può essere dovuta all'occlusione dei bronchi, al blocco degli alveoli o al versamento pleurico. Si riscontrò come sintoma iniziale nel 25 % dei casi. Del resto in tutti i casi la dispnea si manifestò in seguito a sforzi anche lievi.

L'espettorazione sanguinolenta si ebbe precocemente nel 9 % dei casi. Successivamente si manifestò nel 37.5 % e solo due volte si ebbe una vera emottisi.

Davidson trovò che la perdita di peso non è un sintoma iniziale costante. Hunt rileva che lo stato generale si mantiene buono per molto tempo. Adler, al contrario, notò casi nei quali la cachessia si manifestò quando mancava ogni altro sintoma della malattia.

L'A. trovò perdita di peso, ma mai marcata, nel 5 % dei suoi casi nella fase iniziale. La vera cachessia si ha quando lo sputo presenta segni d'infezione e la temperatura è febbrile.

In tre casi si notò qualche alterazione della voce dovuta a lesione del ricorrente. Adler af-

ferma che nei tumori pulmonari si ha paralisi di ambo i ricorrenti, mentre nell'aneurisma aortico è compromesso solo il sinistro.

Nello stadio iniziale si trovò ingorgo delle glandule sopraclavicolari due volte, disfagia da pressione sull'esofago una volta, sudori notturni in un caso.

I segni fisici dei tumori pulmonari nelle forme iniziali possono essere divisi in tre gruppi: da occlusione e atelettasia bronchiale, da infiltrazione pulmonare, e da versamento pleurico. I primi sono i più frequenti perchè in effetti il cancro originantesi dai bronchi è molto più comune di quello che ha origine dall'epitelio degli alveoli pulmonari.

In 28 casi si riscontrò febbre all'ammissione all'ospedale, negli altri casi la febbre comparve con l'infezione secondaria.

L'espettorato è muco-purulento giallo-brunastro, come succo di prugne. Non si riscontrò mai la presenza di cellule carcinomatose.

Il versamento pleurico era presente in sette casi, in due dei quali era emorragico. Successivamente si manifestò in altri nove casi. L'esame microscopico non dà alcun elemento importante per la diagnosi di natura della malattia. Si riscontrano numerose cellule di vario tipo e grandezza, molte delle quali sono endoteliali in fase di attiva proliferazione.

L'esame del sangue non dà un reperto caratteristico.

All'esame radiologico in 14 casi si trovò una ombra ilare di varia densità, ed in qualche caso il reperto della broncoectasia e dell'atelettasia. L'esame praticato dopo il pneumotorace artificiale può far rilevare i rapporti del tumore pulmonare con la parete toracica, e, con l'iniezione di lipoiodol, può far rilevare l'occlusione bronchiale.

I sintomi ed i segni fisici dei tumori pulmonari sono troppo poco costanti per potere dare elementi diagnostici sicuri nei primi stadii della malattia.

Gli studii fatti dall'autore su i trentadue casi da lui osservati fanno venire alle seguenti conclusioni:

Non c'è alcuna relazione tra lo sviluppo della malattia e l'occupazione del paziente. Essa è più frequente in individui tra i 55 ed i 60 anni di età, più frequente nei maschi, ed è prevalentemente localizzata a destra.

L'inizio è per lo più insidioso, ma può essere anche improvviso.

La tosse e la dispnea sono i sintomi più precoci.

L'emottisi, l'alterazione della voce e la cachessia non sono comuni nella fase iniziale.

I segni fisici sono quelli dell'occlusione bronchiale, meno comuni quelli dell'infiltrazione pulmonare e del versamento pleurico. Di solito si ha qualche grado di febbre.

L'espettorazione abbastanza frequente non è abitualmente emorragica nei primi tempi.

Nello stesso periodo il versamento non è abitualmente emorragico e non dà un reperto microscopico costante.

L'esame radiologico dà un reperto caratteristico solo nel tipo alveolare. DR.

Recenti nozioni sull'amebiasi polmonare.

(ETIENNE BERNARD. *Archives méd. chirur. de l'appareil respirat.*, 1929, n. 3).

È il capitolo di patologia polmonare aggiuntosi in questi ultimi anni: intendendo per a. p. una localizzazione primitiva, per lo meno in apparenza, nel polmone, dell'amebiasi, escludendo pertanto le complicazioni polmonari dell'ascesso epatico dissenterico in evoluzione od antico o cicatrizzato. Ma spesso la reazione epatica non può essere svelata, ovvero l'ascesso si può trovare nel lobo superiore del polmone destro e magari nel polmone sinistro dando luogo a veri ascessi primitivi polmonari per migrazione sanguigna. I casi di amebiasi polmonare sono divenuti frequenti specialmente in questi ultimi anni, per i contatti più intimi delle popolazioni europee con le località endemiche di amebiasi. Merita pertanto di analizzare alcuni punti relativi alla diagnosi dell'affezione in discorso.

Uno degli elementi più importanti per la diagnosi è costituito dagli antecedenti dissenterici, spesso antecedenti recenti, talora più lontani. In un certo numero di casi non si ritrovano questi antecedenti.

Di scarso aiuto sono i segni fisici ascoltatori e così pure non particolari sono i sintomi funzionali: dolore puntorio, ascensione termica, evoluzione lenta o rapida. Importanti sono le emottisi: che si manifestino a carico della mucosa rettale o del parenchima epatico o polmonare, è proprio dell'amebiasi dar luogo ad emorragie. Rapidamente all'emottisi si mescolano espettorato purulento, ed allora l'espettorazione di questa suppurazione polmonare acuta prende l'aspetto così spesso descritto « cioccolato », « vinoso » o di « fragole schiacciate nella crema ». Nella fase acuta quest'espettorato può essere eliminato con vere e proprie vomiche, comparenti in date variabili. In queste espettorazioni iniziali si ritrova il principale sintoma « l'amicrobicità », carattere questo che scompare rapidamente per la pullulazione microbica avvenente nel bronco che drena l'ascesso. Se l'affezione diviene lenta, l'espettorazione può divenire fetida, e mostrarsi eventualmente anaerobi, fuso-spirilli. In casi del genere la puntura dell'ascesso può mostrare pus sterile: infine, non si ritrova mai nell'espettorato l'ameba, la quale può essere svelata solo sulle pareti della sacca. Al contrario, nelle bronchiti amebiche le amebe sono numerosissime nell'espettorato.

Radiologicamente, si ha un'ombra idroaerica con livello visibile in pieno parenchima polmonare, ombra separata dal diaframma da

uno spazio chiaro. L'ascesso amebico del polmone può accompagnarsi ad una reazione pleurica di vicinanza che può contribuire a far errare la diagnosi.

Nella diagnosi e nella cura dell'ascesso amebico non occorre fare l'elogio dell'emetina che ha fatto in diversi casi correggere errori di diagnosi: tubercolosi, pleuriti interlobari. L'emetina può essere adoperata sola od associata con novarsenobenzolo, o con stovarsolo, o treparsolo.

Monteleone.

Atelettasia massiva del polmone e polmonite post-operatoria.

(W. J. M. Scott. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, vol. 93, n. 2).

In una serie di 2850 interventi, nei quali l'iperventilazione con CO_2 secondo Henderson venne impiegata durante tutta la durata o solo al termine dell'intervento, l'A. ha visto come l'atelettasia massiva post-operatoria del polmone e probabilmente anche le altre più gravi complicanze post-operatorie a carico dell'apparato respiratorio siano grandemente diminuite di frequenza. L'atelettasia massiva dal 0,6 %, quale si ebbe in una prima serie di 2000 interventi senza ventilazione al CO_2, scese al 0,15 %! Ha usato anche la iperventilazione a scopo terapeutico precocemente nei casi nei quali si era manifestato un collasso massivo del polmone e ha visto come essa produca un immediato notevole miglioramento dell'operato, dimostrabile anche radiologicamente. In parecchi casi all'uso del CO_2 ha aggiunto il decubito sul lato sano, secondo Lante, e ha potuto ottenere una scomparsa dell'atelettasia in breve tempo, quando essa non era stata ulteriormente complicata. Negli operati così trattati i sintomi dell'atelettasia polmonare non durarono mai più di 24-48 ore, mentre prima anche i casi che risolvevano favorevolmente non duravano mai meno di una settimana o più.

A causa della difficoltà di determinare i limiti esatti della polmonite post-operatoria, l'A. non è in grado di fornire dati statistici per provare come l'iperventilazione polmonare alla Henderson sia efficace anche nella profilassi e nella terapia della polmonite. Crede però che le complicanze polmonari post-operatorie senza spostamento del cuore, siano fondamentalmente simili in origine al collasso massivo, e può assicurare come l'iperventilazione sia per lo meno un utile rimedio sintomatico nella polmonite. Oramai si ammette generalmente che la frequenza della polmonite si ha sopratutto dopo due gruppi di interventi: 1) quelli nei quali l'incisione è posta nella metà superiore dell'addome e 2) quelli nei quali si ha una diminuzione della capacità vitale.

Conseguentemente appare come sia particolarmente desiderabile in questi operati di praticare una iperventilazione con CO_2, da continuare sopratutto se sorgono sintomi che fanno pensare allo sviluppo di complicanze polmonari post-operatorie.

M. Ascoli.

Chirurgia dell'ilo del polmone.

(Petit de Villéon. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurg. de Paris*, t. XXI, n. 15, 1929).

L'A. presenta una donna giovane operata per un proiettile incluso nell'ilo del polmone e che dava luogo a delle emorragie molto gravi. Egli ha applicato il suo metodo di estrazione dei proiettili ilari in un sol tempo e cioè la toraco-pneumotomia posteriore nella losanga interscapolo-vertebrale. Egli incide un lembo ad U a cerniera interna comprendendo tutte le parti molli, reseca la VI-VII costola, poi, sotto il controllo radioscopico, penetra coll'indice sino al proiettile che dolcemente mobilizza ed estrae con una pinza, quindi sostituisce, all'indice che comprime, un tamponamento che poi toglie gradualmente in IV-VII giornata. Guarigione.

Bucci.

Ascesso acuto del polmone guarito con la frenicotomia.

(R. Fontaine e F. Orban. *Gaz. des hôpitaux*, n. 47, giugno 1930).

La maggioranza degli AA. ha abbandonato l'uso della frenicotomia, in quanto essa non è sufficiente da sola a guarire un ascesso polmonare cronico, acuto o subacuto.

A torto, osservano gli AA., perchè essa può fornire nelle suppurazioni polmonari quel miglioramento che permette un intervento più radicale.

A tal proposito riferiscono il caso clinico di un giovane di 26 anni, il quale, in seguito ad una broncopolmonite influenzale, presentò un ascesso acuto del lobo inferiore destro, che si aprì in seguito in un bronco.

L'ascesso decorre in una forma molto grave, con febbre elevata; in due mesi il paz. era ridotto in cattive condizioni generali, senza aver tratto alcun giovamento dall'arsenale terapeutico usato.

Per le gravi condizioni, si decise di intervenire in un primo tempo con una frenicotomia, per ottenere un miglioramento che permettesse un intervento più radicale. Con anestesia locale, e per la via retro-sterno-cleido-mastoidea, si pratica l'asportazione di 26 cm. del nervo frenico destro. L'effetto di tale operazione fu sorprendente: la sera successiva il paz. era quasi apirettico, e resta tale nei giorni successivi. In poco tempo il controllo radiografico informò della completa guarigione; il paz. potè in breve riprendere la sua capacità lavorativa; le condizioni generali si rimisero del tutto, e il peso ritornò rapidamente a quello iniziale.

Carusi.

CUORE.

La miocardosi.

(A. S. HYMAN e A. PARSONNET. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 23 maggio 1930).

Gli AA. fanno rilevare che il termine di miocardite è del tutto improprio, perchè non si tratta che in via occasionale di lesioni infiammatorie del miocardio, ma invece di lesioni degenerative, per cui essi ritengono che sia più adatto il nome di miocardosi.

I pazienti che ne sono colpiti appartengono in generale all'età media, che va dai 35 ai 55 anni, a seconda delle caratteristiche ereditarie, del modo di vita, delle abitudini, della dieta, delle occupazioni.

I *sintomi* della deficienza cardiaca, che si manifestano con dispnea, senso di pressione sottosternale, disturbi gastro-intestinali, insonnia e rapido insorgere della stanchezza muscolare, possono presentarsi improvvisamente, oppure insorgere gradatamente. Questa fase della deficienza circolatoria è stata descritta sotto diversi nomi: malattia cardiaca non valvolare, cuore decadente dell'età media, debolezza cardiaca improvvisa.

Quando le lesioni cardiovascolari hanno raggiunto un certo limite, insorgono i sintomi della stenocardia ed, eventualmente, il quadro drammatico della trombosi o della occlusione delle coronarie, che va diventando ben noto al medico pratico. Quando i fenomeni dolorosi sono riferiti alla parte bassa del torace od a quella superiore dell'addome, assumono l'aspetto di un'indigestione acuta. Il dolore epigastrico, le eruttazioni di gas, la nausea ed il vomito possono indurre in inganno il paziente come il medico, ed in qualche caso questi sintomi si presentano in modo così violento, che si è tentato un intervento chirurgico, con quale tragico risultato si può immaginare.

Più insidiose sono quelle forme in cui è maggiormente accentuata la dispnea, che si presenta ad attacchi improvvisi, dopo lievi sforzi od anche in riposo; spesso è questo il primo sintomo della deficienza miocardica. Altre volte l'attenzione del malato è richiamata sul cuore dalle palpitazioni o da alterazioni del ritmo, extrasistole o fibrillazione auricolare.

Il gruppo più numeroso, però, è quello di individui che si lamentano di malessere retrosternale al minimo esercizio, come salire le scale, portare pesi leggeri, corse moderate (per es, prendere il tranvai). Sono questi i casi che rispondono meglio alla terapia, mentre in quelli in cui la degenerazione del miocardio è arrivata ad un punto tale da dare sintomi gravi ogni trattamento riesce vano.

Salvo nella trombosi delle coronarie con occlusione e susseguente infarto del miocardio, i processi infiammatorii sono del tutto assenti, mentre nel primo caso si hanno come reazione infiammatoria.

La prognosi della miocardosi dipende dalla età in cui si manifesta. E' pessima nei casi che si presentano negli ultimi anni della terza decade o nei primi della quarta; un po' meno in quelli della quarantina-cinquantina; più favorevole è invece quando la miocardosi si presenta sui 60-70 anni, in quanto che a tale età è maggiormente sviluppata la circolazione capillare dei miocardio e le richieste di sforzi sono minori che ad un'età più bassa.

La miocardite, côn le sue lesioni infiammatorie, può essere considerata una malattia dell'età giovanile. La miocardosi, invece, è il risultato di un processo di senilizzazione, è costituita da lesioni degenerative e si osserva nell'età più avanzata. *fil.*

Sulla sarcosporidiosi cardiaca.

(LO SCAGLIA. *Arch. Ital. di Anat. e Istol. Patolog.*, n. 2, 1930).

L'A. ha compiuto un lavoro degno del massimo interesse, e per l'ampiezza dell'argomento trattato e della cultura dimostrata, e per i risultati a cui tali ricerche hanno condotto.

L'A. studia dapprima il ciclo del parassita, la sua distribuzione, il suo incapsulamento nei tessuti e le varie reazioni di questi all'ospite.

Studia poi più da vicino il meccanismo del contagio, ricorda i vari tentativi di una riproduzione sperimentale dell'infezione e ricorda come l'uomo, benchè di rado, possa esserne colpito.

Quel che è veramente notevole è la frequenza con cui il miocardio e il fascio di Hiss sono stati trovati lesi, senza che gli animali, portatori di una così grave lesione, risentissero di alcun disturbo durante la loro faticosa e dura attività giornaliera. L'A. ne conclude che la trasmissione degli stimoli non deve essere seriamente danneggiata ed ammette l'ipotesi che, il solo tessuto muscolare essendo colpito, il tessuto nervoso resti indenne e permetta il continuarsi regolare del ritmo.

I danni della sarcosporidiosi sono invece da riportarsi ad un'azione tossica generale, esercitata dall'ospite. V. SERRA.

Gli edemi cardiaci.

(NONNENBRUCH. *Die Mediz. Welt*, n. 24, 1930).

La oliguria dello scompenso cardiaco è ben nota; quando essa manca bisogna pensare ad una concomitante lesione dei reni (insufficienza nelle ipertensioni da rene grinzo).

Il controllo del peso del corpo ci darà il miglior mezzo per decidere se esistano oscillazioni nel ricambio dell'acqua.

La sede più frequente degli edemi cardiaci è alle gambe, ma sappiamo anche che essi possono occupare il dorso (sacro), e trovarsi anche a livello degli arti superiori (lato interno del gomito). Esistono poi i casi di edemi

ben localizzati, in cui il fegato solo può essere gonfio e dolente, o si può avere soltanto un versamento pleurico, per lo più sinistro. Tutto questo ci indica che la natura della patogenesi di questi edemi non è semplicemente meccanica.

Alcuni Autori Danesi infatti vorrebbero attribuire la maggiore importanza, sopratutto alla diminuzione della pressione oncotica o di rigonfiamento delle proteine (a somiglianza di quanto si ammette oggi per gli edemi nefrosici ed epatici). Nonnenbruch per suo conto dà grande importanza anche al fattore « tissurale », basato sulla permeabilità capillare e sull'attività delle singole cellule; poca importanza avrebbe invece secondo lui la pressione endocapillare che eserciterebbe solo una scarsa influenza sulla permeabilità dell'endotelio.

Il disturbo del ricambio dell'acqua che sta alla base degli edemi è assai complesso e certamente impegna non soltanto questa o quella sezione del circolo, ma tutto il sistema vasale e tissurale.

Il sangue non partecipa alla comparsa dell'edema; è vero che esso ristagna nei cosiddetti « organi-depositi » ma questo ristagno non è necessario alla formazione dell'edema.

Tutto il complesso sistema di scambii tra il sangue circolante, il sangue dei depositi e i tessuti è alterato od impedito. Come si vede il meccanismo degli edemi cardiaci è assai più complicato di quanto non si pensasse un tempo; o sopratutto si deve insistere sul fatto che i reni non hanno alcuna importanza per la loro comparsa e che invece l'attenzione va rivolta verso tutti i fattori extrarenali.

La terapia si baserà sui concetti ormai classici della cura « della fame e della sete »; la dieta sarà povera al massimo di sali; si daranno preparati digitalici e diuretici, specialmente quelli attivissimi a base di mercurio; ottimi anche i preparati tiroidei. Tutti questi diuretici esercitano ad un tempo azione renale ed extrarenale.

La dispnea rappresenta un'indicazione a svuotare immediatamente gli eventuali versamenti nelle pleure; si noti infine che ogni tentativo di cura ed ogni sforzo per attivare la diuresi sono destinati a fallire quando il rene non sia sufficiente. V. Serra.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. Laschi. *Tecnica radiodiagnostica.* Vol. di pagg. 288. Cappelli, ed., 1930. Prezzo L. 35.

Il libro cólma una lacuna nella letteratura radiologica: colui infatti che vuole impadronirsi della tecnica radiologica sa bene le difficoltà che deve incontrare in questo campo e fino alla comparsa di questo libro sul mercato italiano — uscito quasi contemporaneamente al manuale del Ponzio, dell'« Utet » — ognuno di noi, pur anziano, non poteva consigliare che testi francesi o tedeschi.

Mentre il manuale del Ponzio è però clinico, questo del Laschi è essenzialmente *tecnico*, e l'A. maneggia la materia — non sempre facile — in modo piano e semplice, sicchè per gradi l'A., dopo le nozioni di elettricità e di elettrotecnica, di fisica delle radiazioni, dopo il capitolo sulle ampolle radiologiche e sugli apparecchi radiologici e sugli accessori in radiologia, porta il lettore a bene interpretare l'immagine radiologica fino a fargli conoscere le principali tecniche necessarie per l'esame dell'apparato scheletrico, del torace, dell'apparato digerente, dell'apparato urogenitale, ecc.

E. Milani.

W. Wiqual. *Radiothérapie. Les consultations journalières.* Vol. di pagg. 424, con 67 fig. Doin, éd., Parigi. Frs. 28.

Più di una metà del libro è dedicata alla parte tecnica e succintamente l'A. dà le notizie fondamentali sulla pratica roentgenterapica, curieterapica, attinoterapica.

La seconda parte del libro è una specie di indice delle varie malattie con la tecnica da seguire nella cura.

L'A. in realtà premette che egli ha indicato solo le tecniche migliori e anche queste non rappresentano delle regole rigide ma modificabili a seconda delle circostanze.

Il libro quindi rappresenta una guida utile da consultare specialmente dai pratici.

E. Milani.

Marcel Laemmer. *La diathermie dans les affections du tube digestif.* Pag. 98, tascabile. Masson, éd., 1930. Frs. 12.

La diatermia — entrata largamente nella pratica medica — trova oggi nel Laemmer un volgarizzatore della sua efficacia nelle malattie dell'apparato digerente.

Brevi premesse — data la piccola mole del libro — sulle correnti diatermiche e sugli apparecchi: l'A. fa notare che le malattie del tubo digerente presentano — a parte alcuni segni particolari per ciascun tratto — alcuni segni comuni e precisamente: *a*) uno stato con-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gestivo della mucosa o delle ghiandole digestive (fegato, pancreas); b) uno stato doloroso.

Decongestionare, calmare lo spasmo, analgesizzare sono appunto i tre effetti essenziali della diatermia.

L'A. passa in rassegna brevemente le varie malattie dell'apparato digerente.

E. MILANI.

ALFRED HAY. *Photographisches Praktikum für mediziner und Naturwissenschaftler.* Springer, edit., 1930. 209 figure, 3 tavole, pag. 530. Marchi 39.

Il libro pubblicato per cura di Hay è stato scritto in collaborazione da Abel, Cerny, Daimer, Degner, Hay, Guist, Hesch, Petersen, Spiegler, Thieme, Weber, ecc.

Il titolo stesso del libro ne indica la finalità: Hay ha scritto il 1° capitolo sui *fondamenti ottici della fotografia;* seguono: i fondamenti per i procedimenti per la fotografia positiva e negativa; la fotografia in anatomia, istologia, antropologia, psichiatria; la microfotografia; i metodi di registrazione nelle malattie circolatorie; la fotografia in dermatologia; la cinematografia medica e la microcinematografia; la röntgenfotografia.

Il libro, corredato da molte figure, è un libro di consultazione e di tecnica raccomandabile a tutti gli amatori dell'arte fotografia in qualunque campo della medicina. E. MILANI.

COMMENTI.

Conferenza antitubercolare di Oslo.

Il prof. Antonio Gasbarrini, direttore dell'Istituto di Patologia medica dell'Università di Bologna, ci scrive per rammaricarsi che nella « Corrispondenza » pubblicata sul N. 35, relativa alla Conferenza suddetta, il suo pensiero è stato svisato e ci invia il riassunto della sua comunicazione sull'insegnamento della tisiologia.

Faccio rilevare che, lungi dalla pretesa di redigere un resoconto, ho inviato una semplice « Corrispondenza » allo scopo di informare i lettori sui punti che mi sembravano più salienti. Ben altra estensione avrei dovuto darvi per un resoconto e si comprende che, costretto in poche righe, il pensiero sviluppato dagli OO. in diverse pagine, possa apparire incompleto o anche deformato.

Il prof. Gasbarrini non ha parlato di triennio di istruzione per gli specialisti: trattavasi di un *lapsus* d'interpetrazione degli appunti da me presi mentre egli parlava, nei quali ho letto *triennio* invece di tirocinio.

La sua comunicazione aveva essenzialmente lo scopo di dimostrare la necessità di realizzare al più presto, nelle Università, un insegnamento permanente, sistematico ed *obbligatorio* di tisiologia, ad uso degli studenti, essendo egli fermamente convinto che la tisiologia ha già raggiunto il grado e l'importanza di una disciplina che merita una particolare trattazione.

A. FILIPPINI.

STORIA DELLA MEDICINA

Di Ippocrate il Grande.

Prof. MASSIMILIANO CARDINI,
libero docente di Storia della medicina
nella R. Università di Roma.

Praticandosi di recente degli scavi nell'antico teatro romano in Coo, si è trovato, tra altre statue, quella d'Ippocrate il Grande: statua di marmo pario, grandiosa e, tranne la mancanza di un braccio, ancora molto ben conservata. Essa rappresenta l'uomo eccelso in atteggiamento meditativo, come si conviene a chi, avendo il cuore pari alla mente, non solo intese a scrutare i segreti della vita, ma l'animo vigile applicò pure a studiare e lenire le sofferenze umane.

Grande è stata la contentezza della città di Coo per questa resurrezione dell'uomo che restò, con Omero e con Dante, tra i pochissimi nomi immortali sempre presenti alle menti umane. Perchè se la poesia, contrariamente a quel che crede la gente pratica, resta il più desiato e sostanziale cibo degli uomini, l'arte di sanare è pur essa l'altro grande bisogno umano, corrispondente al desiderio di fugare il dolore e a quello di allontanare la morte. Chè la vita vorrebbero gli uomini immortale, se pur così poche siano le rose, ch'è dato di cogliere a traverso le spine laceranti che le difendono.

E il più radioso degli Dei, Apollo, non sdegnò di apparire anche un Dio della medicina, come colui che colla luce e il calore dà vita a tutto il creato; e Giunone fu anche *Giunone Lucina,* cioè colei che presiede ai parti felici. Così Cristo volle essere sanatore di morbi; e lo furono santi non pochi e papi, e re, come i Luigi di Francia.

Si legge che gran folla di popolo sia accorsa ad ammirare il redivivo eroe della scienza e della carità umana. E non è stato questo solo un omaggio postumo, ma anche un attestato di affetto per l'arte datrice della maggiore ricchezza che sia nel mondo, cioè la salute. E l'omaggio pare rannodarsi ad un commovente antico uso delle nutrici; le quali, avendo le api costruito un loro alveare, che dicesi durasse lungo tempo, sul monumento d'Ippocrate, accorrevano a quello — guidate da un amore pei loro piccoli, che si confondeva con l'affetto pel mago benefico — per ungere le afte dei fanciulletti col miele, derivante la maravigliosa efficacia dal grande che riposava sotto l'alveare.

Nè strana paja la tradizione narrata da Lorano, indicante la dolcezza di quella memoria, che ricorda quella di Nestore, l'uomo dalle parole più soavi del miele. Chè nulla più commuove della bella parola e del beneficio, datori di una dolcezza che riscalda il cuore sere-

namente, ed è più cara della gioja rapitrice dell'animo, che ti appare e ti lascia senza che tu abbia neppure il tempo di contemplarla.

***

La vita d'Ippocrate? Leggendaria ed incerta; sì che qui della leggenda non potremmo tentare neanche una critica. Sappiamo che nacque in Coo; e si volle che discendesse per parte di madre da Ercole, e, dal lato paterno, da Esculapio. Maestri a lui il padre suo Eraclide, Gorgia di Leontini — il celebre sofista — e quel Democrito Abderitano, che qui piace di ricordare per la visita da Ippocrate fatta, per invito di quei di Abdera, a quel filosofo, ch'eglino piangevano come pazzo perchè lo vedean vivere solitario su di un poggio, ridendo spesso e in mezzo ad animali da lui uccisi per istudiarne le viscere. Del quale Democrito, dopo aver sentito come e perchè ridesse degli uomini, sentenziò Ippocrate lui esser savio e pazzi quei che credevano vaneggiasse un savio di tanta grandezza.

Anche Platone, che visse dopo di lui, lo ricorda nel suo Protagora come un maestro da cui si andava per apprendere l'arte medica. E a tale fama arrivò il nome suo, che non solo egli era chiamato in tutta la Grecia, ma anche dalle genti straniere, avendolo, tra altri, il re di Persia invitato a recarsi colà per liberare il suo regno dal flagello della peste. Il quale invito sarebbe stato da lui rifiutato — come si dice nelle lettere falsamente attribuitegli —, al par di quelli avuti dagli Illirî e dai Peonî, perchè, amante com'era della Grecia, volle restare nell'Ellade per difenderla dalla pestilenza, ch'egli attendeva colà migrasse portata dai venti. Morì in età avanzata, chi dice di 90 anni, chi di 104, altri di 109.

Leggesi ch'egli ammaestrasse nell'arte liberalmente i volenterosi. Chè s'ei non volle arricchirsi, almeno come maestro, non è men vero che grandi ricchezze avrebbe potuto acquistare se sol per le visite a Democrito quei di Abdera gli offrirono ben dieci talenti; qualche cosa cioè come più che due milioni di lire nostre, calcolando che, a parte l'odierno svalutamento della moneta, questa in que' tempi valeva quasi dieci volte più che nell'anteguerra. E chi sa quanto mai gli offrì, se pur la tradizione non è leggenda, il re persiano, dacchè egli dice — o gli si fa dire in una delle ricordate lettere — che certo non si può accusarlo di amor del denaro s'ei viene per dieci talenti, quando avrebbe potuto accettare invece le più larghe profferte del re dei Persiani.

Quanto alla sua fama, basti la lettera a Damageto, in cui egli, o chi la scrisse, narra che quando andò ad Abdera per Democrito vide da lungi i cittadini affollati alle porte per aspettarlo; come la moltitudine dei cittadini che accorre al porto per vedere Calliroe bellissima nel romanzo greco di Caritone d'Afrodisia. E c'erano perfino — oh Dei infernali! egli aggiunge — ad aspettarlo i ragazzi. Ma non pare che neanche a lui mancassero le amarezze, se gli si fa muovere lamento che a lui pure toccò d'esperimentare la stoltezza del pubblico che loda gli Dei se il male guarisce e biasima il medico se esso malato vada al mondo degli inferi.

***

Delle opere sue, le più di quelle che son comprese nella antica raccolta degli scritti ippocratici o nel cosiddetto Codice di Coo sono spurie, difficile essendo l'argomentare quali, oltre a pochissime su cui si è concordi nell'assegnarle al Grande di Coo, possano con maggiore probabilità essere a lui ascritte.

Il più celebre tra gli scritti genuini è costituito da quegli *Aforismi*, che, commentati nei secoli fino all'età moderna, ebbero pur lodatori nell'ottocento, in cui Guido Baccelli, presentandone al pubblico una nostra traduzione, poteva dirli tali che essi racchiudono le più confermate sintesi cliniche.

Oltre gli *Aforismi*, le altre due opere su cui tutti gli autori son concordi circa la loro genuinità, sono quella *Delle arie, delle acque, dei luoghi*, e due libri degli *Epidemi*, cioè il primo e il terzo: terzo che il Puccinotti per sue particolari ragioni classifica come secondo (1). Al Puccinotti, che con tanto amore studiò l'opera d'Ippocrate, pare doversi a lui assegnare anche gli scritti *Delle fratture, Delle articolazioni, Il Mochlico* (2), *Delle ferite della testa;* e al Del Gaizo, che pure attese con molto zelo a porre un po' di luce nella difficile questione, sembrò che alle opere ammesse dal Puccinotti si avesser da aggiungere *Il prognostico, Del regime nei morbi acuti* e *L'antica medicina.* Certo tra gli scritti assegnati al Grande di Coo i tre concordemente attribuitigli sono i più caratteristici e fors'anche i più interessanti. Nè d'altronde potremmo qui distenderci oltre su di un argomento, su cui dai Corizonti Alessandrini fino a questi ultimi tempi, si sono esercitate tante dotte e indotte discussioni.

---

(1) Il celebre Anuzio Foesio, che ebbe a tradurre in latino tutto il Codice di Coo, ascrisse ad Ippocrate ben quindici opere, tra cui — a parte quelle di cui parlano il Puccinotti e il Del Gaizo — le seguenti: *Degli umori, Delle predizioni, Della natura dell'uomo, Dell'alimento, Del metodo dietetico nei morbi acuti, Dei luoghi nell'uomo, Del laboratorio del chirurgo.* Il Littrè dà ad Ippocrate, oltre ai sette scritti di cui parla il Puccinotti, quelli *Dell'antica medicina, Il prognostico, Il giuramento, La legge.* Il De Renzi e il Daremberg non si pronunziarono sull'annosa questione. Chi vuole, consulti le più recenti opere di Storia della medicina.

(2) Da *mochlós*, leva. Le leve sono le ossa dello scheletro. Il *Mochlico* compendia gli scritti sulle fratture e sulle articolazioni.

Quanto al concetto informativo della medicina ippocratica, è di lui il grande precetto che, espresso nel tradizionale latino, è fermato nelle note parole: *naturam tamquam ducem sequi;* cioè quell'attenersi alla *natura medicatrix,* la quale, come manda le malattie, dà anche generalmente ai corpi i mezzi per superarle. Il quale concetto fu pur quello dei seguaci della medicina ippocratica; sì che l'ignoto autore del VI libro degli *Epidemî* potè scrivere: *Invenit natura sibi ipsi vias non ex cogitatione...; et cum nihil didicerit, fit quae expediunt;* come l'autore del *De alimento* poteva sentenziare: *natura omnibus subvenit.* Ed ippocratico è anche quel *quo natura vergit,* che significa doversi alle emissioni e le depurazioni organiche di qualunque sorta favorire le vie abitualmente prescelte dalla natura.

Le predette massime parranno in vero semplici verità di palmare evidenza a chi ricordi che, tanti secoli dopo, lo stesso Petrarca, non medico, raccomandava l'osservazione e l'attenersi alle provvidenze della natura. Ma egli è che, a parte il fatto che i grandi ingegni spesso si incontrano nelle grandiose concezioni generali, bisogna pensare allo stato della medicina anteriore a lui, sulla quale egli, colla osservazione diretta dei fatti e col retto raziocinio esercitato sull'osservazione stessa, colla semplicità delle cure in luogo della ridondante terapeutica fin allora esistita, portò una vera rivoluzione, in modo da poter essere salutato il più grande benefattore del genere umano. Chè a lui, cioè più che alle sue affermazioni al suo metodo, sempre ricorse la medicina quand'essa ebbe bisogno di sollevarsi dalla morta gora delle teorie filosofiche, delle superstizioni, dell'autorità, della cecità che più volte l'han fatta decadere: da Taddeo al Redi, al Bufalini, al Baccelli, al Murri, al Grocco, ai più grandi osservatori dei fenomeni del corpo sano ed ammalato.

***

Nato nello stesso secolo che dette, come una maravigliosa efflorescenza, Fidia ed Erodoto, Pericle e Socrate e Platone ed i più grandi uomini che abbiano mai illustrato il mondo, il confronto che più vien facile alla mente è quello con Socrate; col quale ei preluse a quella retta osservazione e a quella speculazione fondata sui fatti, che dovean poi darci con Leonardo e Galileo, in Italia, un nuovo modo di concepire e di studiare il mondo universo. Socrate — disse Cicerone — dedusse la filosofia dal cielo in terra, creando quella morale che del pensiero umano è la cosa più bella e più utile. Ippocrate doveva fondare, colla clinica e collo studio del malato, la vera medicina scientifica, non avente nulla a che fare col volgare empirismo, nè colle teorizzazioni antiche e dei secoli posteriori.

Peccato che egli non sia stato sempre chiaro, come attesta lo stesso Sorano; per quanto non così poco chiaro come Eraclito, detto l'*Oscuro*, o come Aristotele, di cui lo stesso Cicerone affermava la difficoltà della interpetrazione.

Aggiungasi l'incertezza delle opere che a lui debbono attribuirsi; e inoltre le interpolazioni o le modificazioni dei copisti, dei chiosatori antichi e via discorrendo. Si sa poi come gli uomini abbian sempre veduto, negli autori celebri, le cose così com'essi le vogliono — Dante informi —; sì che involontariamente la lettera fu dagli studiosi troppo spesso torta a convalidare le loro opinioni. E però Greci della decadenza ed Arabi ed uomini del rinascimento e conservatori del Secento, tutti, pure egualmente lodandolo, trovarono in lui quel che a loro meglio piaceva, e lo fecero sostenitore delle loro teorie.

A ogni modo, sempre fu vessillo della scienza medica questo nome immenso, pur ne' tempi in cui Galeno e gli Arabi furono gli autori pedissequamente seguiti. Lo dirà già pochi secoli dopo la sua morte Galeno scrivendo — nella sua operetta *óti áristos iatrós kai philosophos* — che tutti portano alle stelle quel nome, pur facendo l'opposto di quel che egli insegna.

Nella commedia goldoniana *La finta ammalata,* quell'ignorante e presuntuoso del dottor Malatesta, coprendo la sua asinità col paludamento del latino, chiamerà in causa Ippocrate sentenziando con lui: « *si sufficerit medicus ad cognoscendum sufficerit etiam ad curandum* ». Il male è che ei non sapeva e neppur curava d'intendere qual fosse la causa del male. E così le sentenze di Ippocrate erano ricordate egualmente dai buoni e dai non buoni.

Oggi Ippocrate pare che ancor più sia, coll'esser nostra l'isola di Coo, uno dei numi tutelari dell'antico pensiero italico, fatto insieme di latinità e di quella grecità, il cui contributo si vorrebbe strappare dall'antica civiltà dell'Italia. La quale ebbe, tra altro, la Grecia in casa sua, e fu anche, colla Magna Grecia, Grecia essa stessa, oltre che latinità pura, e pensiero e civiltà etruschi.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il contenuto in zinco dei principali alimenti vegetali.

G. Bertrand e B. Benzon (*Bull. Soc. Hyg. aliment.*, vol. XVI, n. 10) hanno alimentato dei topi con sostanze meticolosamente sbarazzate dallo zinco, che contenevano ed altri con le stesse sostanze a cui era stato aggiunto lo zinco in quantità piccolissima e nota. Risulta, dalle loro esperienze, che le minime quantità di tale metallo contenute nell'organismo vivente hanno una grande importanza paragonabile a quella del ferro.

Gli AA. hanno poi determinato la quantità di zinco contenuta nei diversi vegetali utilizzati nell'alimentazione umana. Tale quantità varia, non solo da un prodotto all'altro, ma anche secondo che il vegetale è studiato allo stato naturale od al momento dell'utilizzazione; le variazioni sono notevolissime.

In linea generale, si può dire che lo zinco è scarsissimo (meno di 2 mg. per chilogrammo) nella parte polposa delle frutta (prugne, albicocche, pesche), nelle foglie di piante intristite (indivia), nelle radici parenchimatose (carota, navoni, ramolaccio), nella polpa dell'arancio, nel sugo di limone, nelle foglie povere di clorofilla.

Ve ne è un po' di più (2-3 mg. per kg.) nella parte commestibile del sedano-rapa, della banana, del cavolo-fiore, della patata, del pomodoro, del tupinambur e da 3 a 4 mg. nell'asparago.

La quantità di zinco si eleva negli organi ricchi in clorofilla; foglie di lattuga, di spinaci, di crescione (da 4 a 6 mg.).

Le quantità più elevate si trovano nell'aglio (10 mg.), nella cipolla (mg. 13,8), negli organi molli, nelle leguminose (10-50 mg.).

Il chicco di riso decorticato contiene soltanto mg. 2,5, mentre la crusca di riso ne contiene fino a 30 mg. Questa localizzazione sembra la regola nella granella; così, la farina di frumento al 75 % contiene 6-7 mg., mentre il pane integrale ne contiene 10-15.

Le foglie ne sono tanto più ricche quanto più clorofilla contengono; così, nell'indivia non ve n'è che mg. 0,4, mentre la lattuga romana, la scarola, il crescione, gli spinaci arrivano fino oltre 9 mg.

Tali determinazioni hanno grande importanza per lo studio dell'alimentazione dell'uomo.

fil.

Influenza degli elementi inorganici contenuti negli spinaci sull'emopoiesi.

S. Elena Mitchell e Lila Miller (*Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med.*, 1929, v. 26, e *Ann. d'Ig.*, 1930, n. 5), somministrando a ratti tenuti a dieta lattea l'estratto acquoso di spinaci, che l'esame chimico ha dimostrato contenere Fe e Cu nella proporzione di 37:1, hanno osservato un aumento dell'emoglobina due volte più rapido e del 25 % più alto, di quello ottenuto con Fe e Cu puri alle stesse proporzioni. Le ceneri dell'estratto acquoso di spinaci dato a mangiare ai ratti in dose tale da non variare la quantità del Fe somministrata, causarono gli stessi effetti dell'estratto originale. Le ceneri non solo furono efficaci allo stato secco, ma anche in soluzione in HCl, purchè abbastanza poco concentrata da poter essere ingerita. Si può sospettare la presenza nelle ceneri di qualche corpo solubile, che deve essere ricercato.

SEMEIOTICA.

L'esame citologico delle feci.

H. Goldie (*Revue d'hygiène*, aprile 1930) raccomanda il seguente procedimento. Si usano le soluzioni in acqua distillata:

1) rosso neutro a 1/100;
2) flavina a 2/100;
3) fucsina basica a 2/100.

Al momento dell'esame, si fa una mescolanza delle tre soluzioni, prendendone 1-4 gocce della 1ª); 5 della 2ª) 2-3 della 3ª); si diluisce con 5 cmc. di acqua distillata. La soluzione, a temperatura bassa, può conservarsi per qualche giorno.

Sul porta-oggetti, si mette un piccolo pezzettino del muco o delle feci; in questo secondo caso, sullo stesso porta-oggetti, si lava il pezzettino di feci, con soluzione fisiologica, fino a renderlo incolore il più che è possibile; si assorbe l'eccesso di liquido con carta da filtro.

Si aggiunge la soluzione colorante in quantità sufficiente da ricoprire la sostanza da esaminare e si rimescola delicatamente con un ago per 10-15 secondi. Asportare l'eccesso di liquido con carta da filtro, applicare il porta-oggetti ed osservare.

Le cellule viventi assorbono anzitutto la flavina e poi il rosso neutro; gli elementi degenerati o necrosati si colorano con la fucsina. I neutrofili ed i linfociti si colorano in giallo chiaro, dapprima il protoplasma e poi i nuclei. Nei macrofagi, il protoplasma è rosa, il nucleo giallo; le granulazioni rosso-giallo. I vacuoli, se ve ne sono, gialli, le cellule epiteliali viventi gialle, di gradazioni diverse; gli elementi endoteliali necrotizzati o degenerati, rossi. Man mano che gli elementi vanno morendo (nello stesso preparato) il numero di quelli colorati in rosso (fucsina) aumenta.

Le amebe, anche non dissenteriche, si colorano in giallo molto pallido e mostrano dei granuli rossi. Le cisti non si colorano. I flagellati prendono una colorazione analoga a quella delle amebe, ma conservano più a lungo la vitalità. Le blastocisti si colorano inten-

samente in diverse gradazioni; le spore degli ifomiceti in giallo ed il loro micelio in rosso.

Lo studio citologico delle feci presenta un grande interesse, specialmente dal punto di vista parassitologico, per la differenziazione della dissenteria amebica, da quella batterica, come risulta dai dati che seguono:

Dissenteria batterica	Dissenteria bacillare
1) Essudato cellulare abbondante con grande quantità di polinucleari.	1) Scarso essudato cellulare con predominanza dei mononucleari.
3) Degenerazione di tutte le parti della cellula ivi compreso il nucleo (necrosi tossica).	3) Degenerazione che incomincia alla periferia della cellula e raggiunge in seguito il nucleo (digestione proteolitica).
2) Neutrofili: 97-98 % Eosinofili: 1-2 % Linfociti: qualche plasmofago.	2) Neutrofili: 20-30 % Eosinofili: 1-2 % Linfociti: 70-80 %.
La degenerazione progressiva lascia talora intatto soltanto il margine circolare delle cellule (cellule-fantasma, spettri di cellule, Ghost-cells). La presenza di queste cellule in grande quantità è caratteristica della infezione batterica.	I nuclei dei polinucleari sono talora molto segmentati.

CASISTICA.

I tumori benigni dell'uretra femminile.

G. Nora (*Journ. d'Urol.*, nov. 1929), avendo avuto occasione di osservare un caso di mioma puro dell'uretra femminile, passa rapidamente in rivista i differenti tumori benigni dell'uretra della donna.

Verneuil (1853), Hoerning (1869), Témoin sono stati i primi ad occuparsi dell'argomento, mentre Laurent (1896), Baury (1896), Wallach (1899) e Duvergey (1902) ce ne hanno dato gli studi più completi.

I tumori benigni dell'uretra costituiscono un'affezione molto rara; essi possono essere: polipi fibrosi, polipi mucosi, mixomi, miomi, fibromiomi, angiomi, adeno-linfomi, adenomi e cisti; ma generalmente sono tumori misti. Occorre però separarli dai falsi tumori, ossia dalle neoproduzioni flogistiche: papillomi del meato, vegetazioni e formazioni polipoidi. Fra i veri tumori benigni, i tumori vascolari sono i meno rari, mentre i miomi puri rappresentano la rarità: infatti solamente 6 (con quello dell'A.) ne sono stati descritti.

La sede abituale di questi tumori benigni è in vicinanza del meato, o, a livello di esso; sono facilmente peduncolati benchè in origine siano sessili, e s'impiantano su un terreno preparato da un'irritazione cronica. Si incontrano generalmente nelle età medie, e danno una sintomatologia poco distinta, per le diverse categorie di tumori.

Danno spesso segni funzionali, come disturbi della sensibilità ed anche della motilità. Il dolore può esistere in alcuni casi, specie provocato, e può avere delle irradiazioni a distanza. Tra i disturbi urinari: la pollacuria, l'incontinenza, la deformazione del getto sono frequenti, così pure le emorragie nei tumori vascolari.

Questi segni sono per lo più associati, e sono quelli che conducono il p. al medico. L'evoluzione è generalmente lunga ed è quella dei tumori benigni, però bisogna ricordarsi di alcune complicazioni non infrequenti: emorragie abbondanti, disturbi urinari particolarmente intensi e la possibilità di una trasformazione maligna. La diagnosi non presenta particolari difficoltà quando il tumore s'è prolassato dall'orificio uretrale, giacchè non è difficile distinguerlo dal prolasso della mucosa uretrale o della dilatazione cistica dell'estremo inferiore dell'uretere. Le difficoltà sorgono, quando bisogna precisare la natura benigna di un tumore ulcerato, infiammato ed indurito, o quando si vuol differenziare la varietà del tumore benigno. Quest'ultima cosa non è sempre possibile clinicamente e per essere sicuri occorre l'esame istologico di un pezzettino prelevato.

Per la terapia si può dire che l'elettro-coagulazione è il migliore procedimento conservativo, ma che il procedimento di elezione, che ci mette al riparo dall'eventualità delle recidive consiste nella resezione del tumore e dell'estremo inferiore dell'uretra. V. LOZZI.

Carcinoma primitivo dell'uretere.

Il carcinoma primitivo dell'uretere è raro. Solo 49 casi Rousselot e Lamon (*Surg., Gyn. a. Obst.*, 1930) hanno potuto raccogliere nella letteratura oltre il proprio.

Il tipo più comune è il cosiddetto epitelioma papillare. Meno frequente è il tipo a cellule squamose, che è appunto il caso degli autori. Dànno facilmente metastasi per via venosa o linfatica, spesso vi sono calcoli renali.

Alcuni AA. ritengono che essi, agendo come corpi irritanti, siano un importante fattore causale del tumore; ma nei casi raccolti i calcoli sono rari. I sintomi più frequenti sono dolore e ematuria. Tuttavia raramente è stata posta la diagnosi prima dell'intervento. Con la cistoscopia e i raggi Roentgen si può sospettarla.

Come cura: l'ablazione del rene e dell'uretere. Il decorso postoperatorio è generalmente infausto. Solo un caso di quelli riportati era senza recidiva dopo 2 anni e mezzo.

V. GHIRON.

Actinomicosi delle vie urinarie.

Cumming e Nelson (*Surg., Gyn. a. Obst.*, 1929) osservano come l'albero urinario non è frequentemente sede di lesioni actinomicotiche; l'interessamento del rene alla malattia è

da considerarsi come un fatto secondario nel più delle volte, e quando il processo è confinato al rene, facilmente si formano ascessi perinefritici. Non sono noti casi di lesioni vescicali actinomicotiche. La malattia viene diagnosticata dal reperto di granuli tipici, nell'urina, nel pus o nei tessuti stessi. Dal decorso e dai dati dell'esame fisico e urologico si deve porre la diagnosi differenziale con la tubercolosi renale e il neoplasma renale. Un segno importante è l'anemia. È raro che sia stata fatta la diagnosi esatta prima dell'intervento.

L'anamnesi può far sorgere il sospetto di un'infezione actinomicotica e indirizzare le ricerche di laboratorio in tale senso.

La prognosi è grave, giacchè sono generalmente presi anche altri organi, e il trattamento chirurgico del rene ammalato viene fatto generalmente troppo tardi.

Comunque l'unica operazione consigliabile è la nefrectomia. Si può unirvi il trattamento radioterapico, la somministrazione di joduro potassico e solfato di rame, ma solo dopo la nefrectomia e il drenaggio.

I casi raccolti nella letteratura sono 51 di cui 9 sono di actinomicosi apparentemente primitiva. Gli AA. riportano altri due casi proprii pure di actinomicosi renale apparentemente primitiva e guariti col trattamento chirurgico. V. GHIRON.

Sulla dilatazione ureterale congenita unilaterale.

In un paz. di 22 anni con coliche renali tipiche localizzate a sinistra, la pielo-ureterografia ha dimostrato che mentre la pelvi e i calici erano quasi affatto dilatati, tutto l'uretere, tranne una piccola parte iuxtavescicale, era dilatato sì da avere il calibro del colon. Il paz. guarì dopo la uretero-nefrectomia.

Nel caso descritto da A. Kalo (*Zeit. f. urol. Chir.*, vol. 28, p. 4-5) si tratta di una ectasia primitiva di tutto l'uretere, ectasia da riferire ad anomalie di sviluppo. Questo reperto è molto raro ed è caratterizzato dall'assenza di una idronefrosi. Nella letteratura esistono solo due casi simili che per analogia alle deformità del colon si possono classificare come megaureteri.

Pare che la genesi possa essere una iperplasia semplice. Nel caso osservato, l'A. pensa alla possibilità di una dilatazione secondaria a una plica valvolare dello sbocco ureterale. Queste valvole scompaiono ancora nel periodo fetale, la persistenza anormale di una di esse potrebbe indurre l'ectasia del tratto situato a monte. VALDONI.

Stenosi valvolare congenita dell'uretra prostatica.

H. Young e R. MacKay (*Surg., Gyn. et Obst.*, 1929) riportano 21 casi di formazione valvolare congenita dell'uretra posteriore osservata all'Istituto urologico Brady.

Due di questi erano riportati da Young nel 1913 e furono i primi casi operati in seguito ad una diagnosi esatta. Altri 10 casi furono pubblicati da Young ed altri 9 sono riportati nell'articolo riassunto. Di questi 21 casi, 15 sono stati operati con buon esito.

È di capitale importanza il fare un esame urologico completo e raccogliere pure l'anamnesi, per la diagnosi, di ricercare se esiste una dilatazione vescicale ureterale o pelvica, di avere le cifre dell'azotemia, di ricercare la strada fra le varie formazioni valvolari per mezzo di cateteri ureterali affilati. Il fare una uretroscopia e un cistogramma metterà meglio in evidenza le formazioni valvolari.

Per inciderle gli AA. consigliano uno speciale uretroscopio munito di un bordo tagliente ideato da Young (Baby punch) il cui uso avrebbe dato sempre buoni risultati.

Prima è però necessario di sottoporre gli ammalati ad un trattamento volto a migliorare le condizioni generali e locali.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Il trattamento moderno delle setticemie.

Trattamento locale. I traumi gravi, il rinofaringe, le vie genitali possono rappresentare la sorgente di parecchie setticemie e così le infezioni bucco-dentarie. Il focolaio iniziale deve quindi essere l'oggetto di cure minuziose; buoni risultati si ottengono, secondo R. Mignot (*Presse médicale*, 10 maggio 1930) con la vaccinoterapia locale a mezzo dei brodo-filtrati di Besredka.

Trattamento generale. Disinfezione della bocca e del rino-faringe, bibite abbondanti, diuretici, stimolanti diffusibili, cardiotonici, bagni tiepidi, applicazioni di ghiaccio sul ventre, iniezioni di siero fisiologico o glucosato.

Medicazione leucogena: 1) *L'ascesso di fissazione* (iniezione alla faccia esterna della coscia di 1-2 cmc. di essenza di trementina); tale procedimento è stato criticato, ma spesso dà buoni risultati ed è inoltre un buon indice di prognosi, perchè questa è cattiva se non si ha reazione; 2) L'*acido nucleinico* (in forma di nucleinato di sodio o di litio, che dà reazione leucocitaria a tipo polinucleare; 3) il *metodo di Jentzer*, consistente nell'iniezione endovenosa di una miscela di essenza di foglie di pino, di cannella, di balsamo del Perù, di elemi e di timol; non si avrebbe nè « shock », nè anafilassi, nè altri disturbi.

Trattamento con gli « shock », utilizzando i metalli colloidali, il siero di animali, il latte, la caseina, il peptone. Bisogna contare sulla resistenza del malato. In questa categoria può rientrare l'*autoemoterapia* (prelevamento di 10 cmc. di sangue del malato ed iniezione immediata nei glutei, ripetere ogni due giorni) che può essere tentata in ogni infezione grave, specialmente se vi è localizzazione cardiaca o renale.

Trattamento biologico: 1) *Sieroterapia*, che deve essere precoce ed usata a dosi sufficienti; 2) *Vaccinoterapia* (stock-vaccini od autovacci-

ni); 3) *Trasfusione di sangue*, indicata nelle setticemie gravi con anemia, in cui ha dato buoni risultati, nonchè negli stati infettivi ad evoluzione lenta (tifoide); dosi medie (200-300 cmc.) ogni tre giorni, non utilizzando lo stesso donatore per più di due volte; 4) *Immunotrasfusione;* iniezione di sangue di un individuo che ha ricevuto precedentemente un'iniezione di vaccino del germe del malato. Raccomandabile nelle infezioni da strepto- e stafilococco.

Trattamento chemioterapico: 1) salicilato di sodio: iniezione endovenosa di una soluzione al 5 % in siero glucosato al 10 %; 20 cmc., 1-2 volte al giorno; nelle infezioni gravi generalizzate; 2) il solfato di rame ammoniacale: 2 cmc. di una soluzione al 4 %, mattina e sera *intra venam;* raccomandato nelle infezioni streptococciche; 3) gli arsenicali, specialmente gli arsenobenzoli; nei malati con fegato e reni sani; 4) i derivati dall'anilina e dalla chinina, fra cui: a) il *violetto di genziana* (20 cg. in 50 cmc. di acqua, *intra venam*) avrebbe dato buoni risultati nell'endocardite lenta; b) il *mercurocromo 220* (iniezione endovenosa di 25-30 cmc. della soluzione a 1/100, ripetere ogni 2-3 giorni); avrebbe dato buoni risultati nelle setticemie da stafilococchi, nulli in quelle da streptococchi); c) la *tripaflavina* (gonacrina, acriflavina) in soluzione a 2/100 (sterilizzare per un'ora a 70°); 15-20 cmc. *intra venam*, ripetere eventualmente dopo 2-3 giorni e dopo altri 3 giorni, non insistere se non si hanno risultati; indicata nelle malattie infettive in genere, infezioni intestinali ed urinarie, tifoidi gravi, inefficace nelle streptococciemie, avrebbe buoni effetti nelle tifoidi gravi; controindicata nei casi di nefrite; d) l'*optochina* ha ammiratori come detrattori ed è meglio attendere che i risultati vantati da taluno siano confermati, tanto più che essa ha anche gravi effetti nocivi; e) lo *yatren*, molto usato in Germania a potere battericida intenso ed a tossicità nulla, usato per iniezioni endovenose, in molte preparazioni corrispondenti alle diverse indicazioni.

Tutti i metodi contano dei risultati buoni o cattivi, in quanto che il loro successo dipende da molte e svariate cause. Il meccanismo di azione di vari processi rimane tutt'ora oscuro, sicchè l'empirismo terapeutico è spesso la sola loro base. Si dovranno quindi usare con discernimento adattandoli al caso particolare.

fil

Il trattamento della polmonite col siero.

A. Hallermann e H. Kähler (*Klinische Wochens.*, 5 aprile 1930) hanno osservato che il siero di cavallo normale agisce bene sullo stato generale e favorisce l'azione dei cardiotonici. I sieri specifici, sia monovalenti (tipo I o II) che polivalenti (tipo I e II) non hanno dato risultati migliori.

Quando sono presi parecchi lobi, gli AA. somministrano sul principio un siero polivalente (tipo I e II); se il microbo è in seguito identificato, si somministra il siero dello stesso tipo. In complesso, però, l'A. non ha ottenuto, con i sieri, i risultati brillanti affermati dagli autori americani.

fil.

La questione della dose di antitossina nella difterite.

Tale questione è stata molto dibattuta in questi ultimi tempi, tanto più che si viene osservando, in generale, la necessità di somministrare delle dosi elevate di antitossina se si vogliono ottenere degli effetti sicuri. I pareri sono però diversi; così, p. es., Widowitz usando delle piccole dosi di 1000-2000, raramente 3000 unità immunizzanti non ha avuto un solo caso di morte fra i bambini della pratica privata trattati precocemente. Invece, nonostante l'uso di altissime dosi (120.000 e 200.000 nei casi gravi fino a 300-500.000 nei gravissimi) ha avuto il 18 % di mortalità (24 % nei casi gravi).

F. Reiche e Reye (*Deut. Med. Wochens.*, 11 luglio 1930) esaminano la questione paragonando le statistiche di due ospedali di Amburgo, che si venivano quindi a trovare in condizioni pressochè uguali. Di fatto, per entrambi la percentuale dei casi ammessi in stato gravissimo, quasi moribondi, fu sensibilmente la stessa (25,3 nell'uno e 25,7 nell'altro); analoga era pure la quantità di casi lievi o gravi. Ora, nell'uno si usarono dosi di antitossina di 4-6000 unità immunizzanti, raramente fino a 12.000, mentre nell'altro si usarono per lo più dosi di 20-50.000 e fino ad 80.000. La mortalità fu quasi la stessa: 8,1 % nel primo e 7,6 % nel secondo; la mortalità dei casi gravi fu di 28,8 % nel primo e del 30,2 % nel secondo, il che starebbe a dimostrare che, nei casi gravi, nemmeno l'uso di enormi quantità di antitossina può salvare dalla morte.

In complesso, si può quindi ritenere che l'uso di enormi quantità di antitossina non appare giustificato e che è soprattutto essenziale l'uso tempestivo di questo mezzo terapeutico.

fil.

VARIA.

Com'erano puniti i medici nell'antichità.

Un tempo era pericoloso essere medici di potenti.

Il medico di Alessandro il Grande, non avendo saputo curare il suo illustre cliente, venne lapidato. Più tardi la stessa sorte toccò al medico personale di Augusto, Musa, perchè non era riuscito a salvare dalla morte il nipote dell'imperatore, Marcello. In tempi più vicini a noi, nel 1305, Maestro Manuele da Vercelli, medico del Marchese di Monferrato, non avendo potuto sottrarre dalla morte il suo nobile cliente, venne addirittura sbranato dagli inferociti cortigiani!

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Poliomielite anteriore acuta.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Generale della Sanità Pubblica, Div. VI, Sez. I), ha diramato la seguente circolare N. 20300.2.P./14429, in data 31 agosto 1930. La riproduciamo integralmente, in considerazione dell'esattezza dei dati che vi sono raccolti e dell'interesse che il tema presenta:

In vista della manifestazione di importanti epidemie di poliomielite anteriore acuta all'Estero, specialmente nel dipartimento del Basso Reno, e data la eventualità che la malattia possa avere, anche presso di noi, diffusione epidemica sia per esaltazione del virus, il quale fino ad ora ha dato e continua a dare soltanto rari e sparsi casi a carattere sporadico, sia per importazione di virus già esaltato, questo Ministero ritiene opportuno richiamare la particolare attenzione delle EE. LL. su alcuni punti importanti ai fini di una razionale ed efficace profilassi.

* * *

Difficoltà della profilassi. — In questo campo si presentano difficoltà non lievi e tutte speciali.

La diagnosi della malattia difficilmente si fa e si può fare nello stadio iniziale, quando maggiore è il pericolo del contagio, e ciò è perchè il medico spesso non è chiamato che al momento della comparsa della paralisi, e perchè nei casi sporadici, che costituiscono il punto di partenza della diffusione della malattia, viene a mancare il criterio epidemiologico, che può in molti casi supplire la presenza di sintomi propri e netti della malattia.

Si aggiunge, poi, la circostanza che in questa forma morbosa si hanno in gran numero forme frustre ed abortive, le quali non determinando paralisi motorie, vengono confuse con banali affezioni catarrali delle vie respiratorie, con enteriti, con l'influenza. Ed è così che, fino a quando non si è costituita l'epidemia, è soltanto la insorgenza del caso tipico con il suo corteo di paralisi che mette sullo avviso e fornisce elementi per una esatta diagnosi.

Queste difficoltà della profilassi vengono accresciute dalla mancanza di ausilio da parte del laboratorio, non avendosi ancora un mezzo sicuro ed agevole per l'accertamento della malattia e per il riconoscimento dei portatori di virus, ai quali si deve dare grandissima importanza nella diffusione del contagio.

Nella poliomielite anteriore acuta, perciò, più che in altre malattie infettive, soltanto la diligenza ed accuratezza dell'esame clinico e dell'indagine epidemiologica possono dare elementi utili per la profilassi e per la circoscrizione dei primi focolai infettivi.

È utile a tale proposito ricordare che questa malattia, propria dell'età infantile, ma che può anche colpire individui di altra età, viene designata con varî nomi di cui i più comunemente usati sono: *Poliomielite anteriore acuta; Malattia di Heine-Medin; Paralisi spinale infantile; Paralisi essenziale dei bambini; Paralisi infettiva ed epidemica acuta.*

Questa svariata nomenclatura occorre tener presente agli effetti della denunzia della malattia, resa obbligatoria, anche per i casi sospetti, con il Decreto del Ministro per l'Interno in data 15 ottobre 1923, e su di essa dovrà richiamarsi l'attenzione degli ufficiali sanitari, dei medici esercenti e della Presidenza dell'Ordine dei Medici.

* * *

Notizie cliniche. — Non è inopportuno riassumere sommariamente alcune caratteristiche della malattia, che possono giovare per la identificazione di essa.

La poliomielite anteriore acuta è una malattia infettiva, bene individuata, indubbiamente contagiosa, il cui agente causale è stato recentemente riconosciuto in un virus filtrabile spiccatamente neurotropo, non ancora perfettamente noto dal punto di vista morfologico. Il virus è trasmissibile alle scimmie, mentre i comuni animali da esperimento (cavie, conigli) non sono recettivi o lo sono scarsamente.

Il *contagio* dalla persona malata si avvera sopratutto nei primi stadi e si diffonde per mezzo del secreto naso-faringeo. Il faringe e le fosse nasali costituiscono, infatti, un vero serbatoio di virus.

Oltre i malati e convalescenti, hanno grande importanza nella diffusione della malattia, i colpiti da forme frustre ed i portatori sani di virus, rappresentati dagli individui che hanno avuto contatti con malati e che, pur non presentando segni di malattia, conservano nel secreto nasofaringeo il virus e lo diffondono.

Non è del tutto escluso il contagio per via indiretta per mezzo degli alimenti, dell'acqua, degli insetti (mosche) ed in specie della polvere.

La *porta d'ingresso* è la mucosa naso-faringea, da dove il virus per via linfatica, e forse anche per via sanguigna, raggiunge i centri nervosi.

La malattia si presenta specialmente in estate ed autunno e predilige la prima età (tra il 1° e il 4° anno).

Il periodo di *incubazione* è in media di una settimana: ma può oscillare tra due e dieci giorni.

Clinicamente si distinguono quattro periodi:

1) Stadio febbrile prodromico; 2) stadio delle paralisi; 3) stadio delle riparazioni; 4) stadio terminale o definitivo.

Primo stadio o periodo febbrile prodromico. — L'inizio di solito è brusco: la febbre sale rapidamente anche a 40°: si mantiene alta per due o tre giorni con remittenze più o meno forti, poi cade per lisi o per crisi.

In alcuni casi la febbre è lieve e può durare solo alcune ore, in modo che la sua presenza può sfuggire.

Con la febbre si possono avere sintomi vari che non hanno nulla di caratteristico, perchè possono presentarsi in molte malattie febbrili acute: angina, bronchite, disturbi gastro-intestinali con vomito, dolori di ventre, diarrea; fenomeni di irritazione meningea (cefalea, rigidità della colonna vertebrale); sintomi psichici (agitazione, delirio, sonnolenza); convulsioni generalizzate.

In questo periodo si possono osservare alcuni

sintomi che debbono far pensare alla paralisi infantile e cioè: l'iperestesia della cute, generalizzata o localizzata, la sudorazione profusa, le ipotonie in alcuni gruppi muscolari, le contrazioni spontanee toniche o cloniche negli arti che poi saranno paralizzati.

Secondo stadio o periodo delle paralisi. — Le paralisi compaiono di solito in modo brusco e per lo più dopo finito il periodo febbrile: le gambe sono colpite a preferenza, poi in ordine di frequenza i muscoli del tronco, le braccia, i muscoli addominali.

Le paralisi sono flaccide con perdita dei riflessi.

Vi possono essere disturbi della sensibilità e degli sfinteri, ma questi sono difficili a valutare data l'età dei malati.

Terzo stadio di riparazione. — Scompaiono i disturbi dello stato generale; i disturbi motori migliorano più o meno rapidamente: torna la motilità attiva, ricompaiono i riflessi tendinei, ritorna il tono normale. Dove la paralisi si fa permanente si stabilisce un'atrofia spiccata: all'esame elettrico si ha la reazione degenerativa.

Quarto stadio, terminale. — È caratterizzato dalle paralisi atrofiche, non più suscettibili di miglioramento, dalle deformità scheletriche consecutive, e dei disturbi trofici.

Questa è la « *forma spinale* » della paralisi infantile epidemica, ed essa è la più frequente: ma il virus si può localizzare in altre parti del nevrasse: così è descritta:

una *forma bulbare*, caratterizzata da paralisi unilaterale del facciale, da iperestesia nel territorio del trigemino;

una *forma cerebrale*, caratterizzata da una emiplegia spastica;

una forma che si svolge sotto il tipo della *paralisi ascendente acuta di Landry*.

Più importanti per le difficoltà diagnostiche sono le *forme abortive* in cui mancano le paralisi; e, secondo la predominanza di alcuni sintomi, esse possono essere distinte in tre gruppi:

1) con partecipazione degli organi del respiro (angina, corizza, bronchite);

2) con partecipazione degli organi addominali (gastroenterite acuta);

3) con partecipazione delle meningi (forme meningee) o dei nervi periferici (forme polinevritiche).

In tali casi la diagnosi è possibile, specie in tempo di epidemia, se si faccia attenzione alla presenza dei segni fondamentali quali: l'iperestesia cutanea, la sudorazione, l'ipotonia muscolare, la scomparsa dei riflessi tendinei e di quelli addominali.

La puntura lombare, specie nelle forme meningee, può dare utili indizi. Il liquido cefalo-rachidiano, con pressione aumentata, e di aspetto limpido, presenta lieve linfocitosi, aumento del tasso di albumina, e reazione per la globulina di Pandy e Nonne-Apelt positiva. Qualche volta si ha coagulo con apparenza di reticolo, e ciò potrebbe indurre in errore con la meningite tubercolare.

* * *

Carattere della contagiosità della malattia. — Nei riguardi della poliomielite anteriore acuta è ancora da ricordare l'andamento tutto speciale delle manifestazioni.

Queste compaiono di solito come manifestazioni sporadiche, delle quali, per lo più, non si riesce ad identificare l'origine: di tanto in tanto per circostanze e condizioni non bene note si ha sviluppo di epidemie, nelle quali spesso è dimostrabile la concatenazione dei casi e l'origine da precedenti casi sporadici.

In genere la diffusione in una località si avvera con casi sparsi, apparentemente senza alcun legame tra essi, ed a terminare tale comportamento deve indubbiamente aver valore la constatazione che nella diffusione di questa malattia, più che i malati in evoluzione, hanno particolare importanza i portatori di virus, siano essi costituiti da individui guariti e dai colpiti da forme frustre, ovvero da individui sani che in qualunque modo siano venuti a contatto con malati.

Sono questi i veri e più pericolosi propagatori della malattia, ed il pericolo è tanto maggiore in quanto questi portatori non sono identificabili e passano inosservati.

Per lo sviluppo della malattia e per la costituzione di focolai epidemici hanno poi grande valore le condizioni di recettività individuale, e di disposizioni locale, o ambientale e di tempo: condizioni queste non bene definite.

Ma, se la contagiosità della poliomielite anteriore acuta non è così spiccata e grave come in altre malattie infettive, ciò non deve far credere che essa sia meno pericolosa, e che possa trascurarsi.

Trattasi di malattia sempre grave che, oltre ad essere causa di morte nei bambini, lascia conseguenze quasi sempre lunghe e talvolta anche irreparabili, che si risentono per tutta la vita, e che rendono inabili promettenti giovinezze.

* * *

Profilassi. — La lotta contro la poliomielite, pur presentandosi ardua, va ingaggiata con perfetta conoscenza del problema da affrontare, e con energia per impedire ai casi sporadici di generare una vasta epidemia.

All'uopo le EE. LL. vorranno curare e vigilare che il piano organico delle misure profilattiche sia indirizzato alle seguenti finalità:

1) Per agevolare il compito della *diagnosi*, spesso difficile e non sicura, rendesi necessario richiamare l'attenzione dei medici sulle particolarità cliniche della malattia, la quale non è rappresentata della sola forma della *paralisi infantile*, ma può presentarsi molto varia e complessa. A rendere più larga ed esatta la conoscenza dell'importante quadro morboso, questo Ministero sta curando l'aggiornamento della pubblicazione riguardante l'epidemiologia, la clinica, e la profilassi della poliomielite anteriore acuta, già nota alle EE. LL. ed ai medici provinciali per la larga distribuzione fattane nei precedenti anni;

2) *La denunzia obbligatoria* deve essere pronta, e dovrà curarsi che essa non venga mai omessa anche per casi lievissimi o semplicemente sospetti;

3) *L'isolamento* dei malati, protratto per 3-6 settimane, in media 30 giorni dall'inizio della malattia, va attuato con savio discernimento e con le dovute garenzie specie nello stadio iniziale che è il più contagioso;

4) *L'ospedalizzazione* dei malati rappresenta un provvedimento da prendersi nella maggiore

considerazione. Questi malati hanno bisogno di cure speciali e lunghe, e per la cura di essi richiedonsi interventi di radioterapia, di cure elettriche, di diatermia, di massaggi, di ginnastica ortopedica e di apparecchi per correggere posizioni false, interventi questi che difficilmente possono aversi nelle famiglie, e che, applicati in tempo, possono rendere meno gravi ed anche migliorare gli esiti delle paralisi;

5) *Misure profilattiche da prendersi nei riguardi del malato e dell'ambiente in cui esso è ricoverato.*

Queste devono consistere:

a) nella raccolta scrupolosa e distruzione rapida di tutte le secrezioni, specialmente dei prodotti di secrezione naso-faringea, e nella disinfezione degli oggetti che vengono a contatto con il malato;

b) nella pulizia e disinfezione metodica della gola, bocca, naso del malato (peridrolo 1 per mille, mentolo, ecc.);

c) nella igiene e nella accurata pulizia della casa, specialmente nei riguardi della polvere e delle mosche;

d) nella accurata disinfezione terminale dell'abitazione;

6) *Misure profilattiche nei riguardi dei famigliari*:

a) irrigazioni antisettiche del naso-faringe, per evitare che essi diventino portatori di virus (peridrolo, ecc.);

b) vigilanza sanitaria al fine di venire a conoscenza di eventuali manifestazioni anche lievi delle vie respiratorie;

7) *Misure profilattiche d'ordine generale*:

a) chiusura delle scuole e degli asili del rione o delle località, in cui si fossero verificati casi di poliomielite; divieto di riunione di bambini; chiusura dei luoghi di ricovero e di giuoco; divieto di viaggio di gruppi infantili;

b) vigilanza sulle collettività infantili. A tale riguardo si richiama l'attenzione delle EE. LL. sul provvedimento che spesso si adotta nella contingenza di manifestazioni di casi di malattia infettiva in collettività (collegi, convitti ed istituti di educazione in genere), consistente nel chiudere queste ed inviare in vacanza i ricoverati.

Ciò deve evitarsi; nel caso della poliomielite, nella quale è facile la costituzione di portatori, il provvedimento può risultare dannoso alla profilassi, perchè si viene, in tal modo, a favorire la disseminazione del contagio altrove;

c) sospensione della vaccinazione jenneriana durante la ricorrenza epidemica;

d) miglioramento delle condizioni igieniche nell'abitato e lotta efficace contro la polvere, le mosche, ecc.;

8) *Immunizzazione*: La identificazione del virus della poliomielite ha razionalmente indirizzate le ricerche immunologiche. Il siero di sangue dei convalescenti, quello ottenuto da scimmie infettate sperimentalmente (Pettit), e anche il siero di cavallo preparato con inoculazione di midollo infetto, avrebbero secondo recenti sperimentatori proprietà curative, e l'impiego di essi, fatto a tempo, può talora limitare i danni delle paralisi o quanto meno impedire che queste si estendano ad altri gruppi muscolari.

Si è tentato anche l'impiego di detti mezzi a scopo profilattico per determinare nei bambini esposti una immunizzazione contro la malattia; però in questa materia non si posseggono ancora esperienze e dati sicuri che ne possano consigliare l'uso ai fini della profilassi individuale e collettiva, ed occorre quindi procedere con la maggiore riserva.

* * *

Le norme anzidette devono guidare l'azione delle EE. LL. e delle Autorità Comunali nella profilassi della poliomielite anteriore acuta.

La gravità della malattia impone massimo rigore, specialmente all'inizio, e questo Ministero è sicuro che anche in questa opera di prevenzione profilattica dell'infanzia verrà dato il maggiore e personale interessamento delle EE. LL. e dei medici provinciali.

Si attende assicurazione.

Pel Ministro: ARPINATI.

MEDICINA SOCIALE.

Contro il traffico illecito dell'oppio.

Il Comitato centrale permanente dell'oppio ha chiuso i lavori della sua quinta sessione a Ginevra il 1° settembre. Il Comitato ha cercato principalmente di rendere possibile la pratica attuazione dell'art. 24 della convenzione di Ginevra del 1905, che autorizza il Comitato centrale stesso a chiedere spiegazioni a quel paese che minacci di divenire un centro di traffico illecito.

Per far ciò bisognava stabilire un criterio che permettesse di determinare il momento in cui un paese debba essere considerato come in possesso di quantità eccessiva di sostanze oppiacee. La consumazione effettiva di un dato paese e la distanza che separa questo paese dalle sorgenti di approvvigionamento costituiscono due fattori evidenti del problema: ma inoltre i paesi devono essere classificati in paesi unicamente consumatori e in quelli che fabbricano o distribuiscono l'oppio, oppure anche in quelli che compiono l'una e l'altra di tali funzioni.

Per esempio un paese unicamente consumatore, che è confinante con un paese fabbricante, potrebbe essere autorizzato a detenere una certa frazione del suo consumo annuale, e un paese lontano, appartenente alla medesima categoria, potrebbe essere autorizzato a detenere una frazione un po' più considerevole; ma un paese che sia nello stesso tempo consumatore, distributore e fabbricante, dovrebbe essere autorizzato a detenere una certa frazione delle quantità combinate che entrino nel suo consumo, nella sua distribuzione e nella sua fabbricazione annuali.

L'esame delle statistiche che erano a disposizione del comitato ha dimostrato che è assolutamente impossibile di fissare un criterio uniforme. In primo luogo molte statistiche si riferivano non alla consumazione effettiva, ma alla consumazione estimativa, e altre davano cifre di consumo che potrebbero essere ritenute assai alte, tanto da lasciar supporre che comprendano una certa quantità assorbita dal traffico illecito.

D'altra parte si è dovuto anche tener conto dei fini a cui mirava la convenzione e stabilire una differenza fra il caso di un paese molto esteso, che consumi annualmente un chilogramma di una sostanza oppiacea e che detenga uno « stock » di due chilogrammi (corrispondenti ap-

parentemente all'approvvigionamento di due anni), e il caso di un paese che consumi annualmente un centinaio di chilogrammi e possieda degli approvvigionamenti per due anni.

Inoltre, per esempio degli « stocks » corrispondenti a degli approvvigiamenti di dieci mesi in un paese dove si siano potuti rilevare certi sintomi di traffico illecito, sarebbero più significativi che degli approvvigionamenti di un anno in un paese che fosse esente da ogni sospetto.

Questi esempi potrebbero essere moltiplicati. Ma essi bastano a dimostrare che il caso di ogni paese deve essere esaminato separatamente, in virtù delle attribuzioni semigiudiziarie che riveste il comitato.

La questione sarà trattata molto più ampliamente nel rapporto annuale del comitato stesso.

L'esame approfondito del grande numero di statistiche che il comitato aveva a sua disposizione gli ha permesso di concentrare la sua attenzione su alcuni paesi che sembrano essere in possesso di riserve troppo considerevoli di stupefacenti.

Malgradò che il materiale disponibile dopo un anno solo di lavoro non giustifichi ancora l'applicazione dell'art. 24 della convenzione, il comitato tuttavia terrà d'occhio in avvenire la situazione di questi paesi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I. - Direzione Sanitaria.* — Cercasi Assistente volontario con tutti i doveri degli Assistenti effettivi e coll'obbligo di sostituirli durante le loro assenze. Probabilissima promozione ad Assistente effettivo rendendosi vacante un posto di Assistente. Alloggio e vitto tutti i giorni. Inviare *curriculum vitae* e per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BRACCA DI COSTA DI SERINA (*Bergamo*). — Scad. 25 ott.; L. 10.000 oltre indennità c.-v., uff. san., elenco poveri, mezzi di trasporto e ambulatorio.

BRONTE (*Catania*). — Scad. 31 ott.; L. 8000, con riduzione di legge; 4 quinquenni dec.; addizion. L. 3 oltre 500 iscritti; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CAMPOBASSO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore tecnico; L. 22.000 oltre L. 2000 serv. att.; età mass. 45 a. Scad. 25 nov. Rivolgersi al Presidente.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. ore 18 del 25 nov.; L. 10.000 oltre L. 2000 cavalc., c.-v., 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — A tutto 15 ott., due condotte; L. 8000 e L. 7000, oltre 5 sessenni dec., c.-v., L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50,10; serv entro 20 gg.

CIVITELLA PAGANICO (*Grosseto*). — Scad. ore 18 del 20 ott.; per Pari; L. 9700 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 10 giorni partecipaz. nomina.

COLLIO (*Brescia*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp.

DELEBIO (*Sondrio*). — Medico-condotto consorziale. Per titoli. Stipendio L. 8000. Indennità trasferta L. 500; trasporto L. 700 se bicicletta, L. 1800 se motociclo, L. 3500 se automobile. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti rivolgersi al Presidente del Consorzio sig. ing. Ettore Bassi.

FALCADE (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 1000 bicicl., c.-v.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10.

FERRARA. *Amministrazione Provinciale.* — Proroga a tutto 15 ottobre dei concorsi a direttore e assistente della Sezione Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Ferrara; rispettiv. stip. L. 16.000 e L. 12.000; L. 4000 e L. 2000; 5 quadrienni decimo; premio di operosità.

LIVIGNO (*Sondrio*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 10.000. Indennità Ufficiale Sanitario L. 500. Per cavalcatura L. 3500. Per trasferta L. 1000. Caro viveri sino a conservazione. Adeguato compenso per gestione Armadio farmaceutico. Eventuale alloggio a patti da convenirsi. Aumento quinquennale L. 1000 dopo biennio. Età minima anni 25, massima 35. Domanda e documenti di rito (dei quali si potrà ottenere l'elenco e gli altri chiarimenti che si vogliono facendone richiesta all'Ufficio comunale) debbono pervenire alla Segreteria del Comune entro il 15 ottobre.

LUCCA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del comune di Lucca. Stipendio minimo iniziale annuo lorde L. 14.000, aumentabile di un decimo per ogni quinquennio di effettivo servizio e per 5 quinquenni; indennità di servizio attivo annue L. 3000 e indennità di trasferta a *forfait* nella misura di L. 1000 annue. All'Ufficiale Sanitario spettano inoltre i compensi di cui l'art. 31 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 e dell'art. 6 della Legge 23 giugno 1927, n. 1070, stabiliti con decr. prefet. N. 19517 dell'11 ottobre 1928. Divieto del libero esercizio professionale. Domanda e documenti legalizzati debbono pervenire all'Ufficio del Medico Provinciale di Lucca non oltre le ore diciotto del 15 ottobre. Allo stesso Ufficio gli interessati possono chiedere il bando di concorso con l'elenco dei documenti e tutti gli altri chiarimenti.

MANTOVA. — Per titoli ed esami. Medico aggiunto presso l'Ufficio d'igiene del Comune di Mantova. Stipendio annuo L. 11.500. Indennità di carica L. 1500. Indennità caro viveri, se coniugato, ridotta a sensi di legge. Termine per la presentazione domanda e documenti di rito, ore 18 del 30 novembre. Richiedere l'avviso di concorso alla Segreteria del Comune.

MEZZENILE (*Torino*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 700 uff. san., L. 1800 trasp., aumenti.

MONTELEPRE (*Palermo*). — Scad. 25 nov.; consorzio; L. 10.700 oltre L. 775 uff. san., 5 quinquenni dec., età lim. 25-35 a., tassa L. 50,10.

PALERMITI (*Catanzaro*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni.

RIMINI. — Scad. 30 sett.; condotta forese di S. Giustino; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 4000 cavallo od autovettura, c.-v., addizionale; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROCCA PIETORE (*Belluno*). — Scad. 10 dic.; lire 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3500 trasp., L. 500 uff. san., L. 540 spese ambulat., c.-v. Tassa L. 50,10.

S. ELPIDIO A MARE (*Ascoli Piceno*). — Per una zona del capoluogo (500 ab. circa); L. 9000 oltre L. 1000 indenn. foriera, L. 500 indenn. studio, 5 quadrienni dec.; obbligo assistenza poveri fino a 25 % degli abitanti; direz. dell'Ospedale; assistenza chirurgica in tutto il Comune. Età lim. 30-40 a. Tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

SANT'EUSANIO DEL SANNIO (*Chieti*). — Il Podestà informa che il concorso a questa condotta con scadenza all'11 ottobre, è stato sospeso.

TORBOLE CASAGLIA (*Brescia*). — Scad. 12 nov.; L. 9000 e 6 quinquenni dec., indenn. serv. att., L. 1000 trasp., L. 300 uff. san.; età lim. 35 a.

TREPPO GRANDE (*Udine*). — A ore 18 del 15 nov.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000-3000 trasp.; addizionale L. 150 ogni 100 iscritti oltre 1500: 4; tassa L. 50.

VARESE LIGURE (*Spezia*). — Scad. 30 sett.; con Maissana; L. 9200 oltre L. 1200 indenn. residenziale, L. 2340 cavalc.

VELO VERONESE (*Verona*). — Scad. 30 sett.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp., L. 600 uff. san., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Medico praticissimo condotte ottimi titoli prega colleghi volergli indicare od offrire interinato o supplenza dovunque. Scrivere al dott. Luigi Pansini, Ruvo di Puglia (Bari).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il gr. uff. dott. Raffaello Fornaciari, già direttore generale della Sanità Pubblica, è stato nominato prefetto della Provincia di Milano.

La reggenza della Sanità Pubblica è stata assunta dal vice-direttore generale, gr. uff. dott. Gaetano Basile.

Il prof. Enrico Ronzani è nominato presidente della Reale Società d'Igiene.

Il dott. Hans Th. Schreus è nominato professore di dermatologia all'Accademia Medica di Düsseldorf.

Il dott. Kornel Perplan, assistente all'Istituto di anatomia patologica di Praga, è stato invitato ad assumere la direzione dell'Istituto di patologia generale dell'Università di Buffalo (Stati Uniti).

Il prof. Max Westenhofer, titolare di clinica medica a Berlino, è stato chiamato come direttore generale dell'Istituto di anatomia patologica del Cile a Lima.

Il dott. Fabre è nominato titolare della cattedra di fisica medica alla Facoltà mista di medicina e farmacia di Lilla, a partire dal 18 ottobre, in sostituzione del prof. Doumer, ultimo titolare.

La cattedra di dermatosifilografia di Francoforte sul Meno è stata offerta al prof. Oscar Gauss, di Heidelberg, in seguito alla giubilazione del prof. Herxheimer; quella di Berlino, rimasta vacante in seguito alla morte del prof. Arndt, è stata offerta al prof. Bruno Bloch di Zurigo.

Il dott. Ernesto A. Molinelli Wells è nominato direttore dell'Ospedale Muñiz di Buenos Aires.

Il dott. Miguel Salles è nominato professore di medicina legale a Rio de Janeiro, in sostituzione del prof. Rego Barros, morto recentemente.

NOTIZIE DIVERSE.

19° Congresso italiano delle scienze.

Con larghissimo intervento di congressisti, si è svolto a Bolzano ed a Trento l'annunziato Congresso della Società italiana per il progresso delle Scienze.

L'inaugurazione ebbe luogo alla presenza del Ministro dell'Educazione Nazionale on. Balbino Giuliano, in rappresentanza del Governo; erano pure presenti le più alte personalità della scienza italiana, molti senatori, deputati, alti funzionari, alti ufficiali, gerarchi, il Principe Vescovo di Bressanone, ecc.

Presero la parola il presidente della Società on. Blanc, il podestà di Bolzano ing. Rizzini ed il Ministro Giuliano, il quale ha affermato l'alto interesse del Governo fascista per l'opera degli scienziati e per gli sviluppi della scienza italiana, interesse che non è solamente formale o rituale, ma che si sostanzia nel controllo attento, nell'incoraggiamento continuo e nel riconoscimento dell'altissimo posto che le scienze occupano nella vita della Nazione. Il fascismo intende riconsacrare tutti i valori e armonizzare la scienza e l'azione.

I lavori si sono svolti attivissimi. Vi hanno assunto parte notevole le discipline biologiche; segnaliamo un importante discorso di F. Bottazzi sulla fisiologia del lavoro; le comunicazioni di C. Foà sulla politica demografica; di R. Colella sulla genesi idrica del gozzo; di G. M. Fasiani sulla natura dei cosidetti noduli di Gamna; di G. Pighini sui veleni autoctoni del sistema nervoso centrale; di A. Gemelli sulla psicologia sperimentale sullo studio degli esercizi fisici; di G. D'Ormea sull'Opera Nazionale Maternità e Infanzia; di G. Fichera sui nuovi tentativi terapeutici contro i tumori maligni: questa comunicazione ha destato molto interesse ed ha sollevato una viva e lunga discussione ottenendo larghi consensi e l'ambito plauso del sen. Marconi.

I lavori sono continuati a Trento, con la partecipazione del Principe di Udine, tra molte cerimonie e solennizzazioni. Sono state fatte altre comunicazioni da L. Devoto sulla lotta e la vittoria contro la pellagra, da G. Bilancioni su Felice Fontana, anatomico e fisiologo trentino, da Protti sulla gemma irradiante, ecc. A Trento si è pure adunato il Consiglio Nazionale delle Ricerche, sotto la presidenza del sen. Marconi. Si è adunato inoltre il Comitato Centrale per la distribuzione dei fondi destinati all'incremento di studi e ricerche scientifiche. È stata inaugurata, dal Principe di Udine, la Mostra Trentina di Storia delle Scienze.

I congressisti hanno partecipato a ricevimenti, gite, escursioni.

Ad unanimità l'attuale ufficio di presidenza è stato invitato a rimanere in carica per il prossimo biennio.

Ci riserviamo di dare, in un prossimo numero, un breve resoconto dei lavori, nel campo delle scienze biologiche e mediche.

4° Congresso italiano di talassoterapia.

Il IV Congresso Talassoterapico dell'Associazione Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, che doveva tenersi a Trieste nei giorni 6-8 sett., è stato rimandato ad epoca da

stabilirsi e probabilmente alla prossima primavera.

Per il Comitato organizzatore rivolgersi al dott. Ettore Rinaldi, Sindacato Provinciale Fascista dei Medici, Trieste.

2° Congresso argentino di chirurgia.

Si è tenuto a Buenos Aires dal 13 al 20 luglio, nei locali della Scuola di Medicina. Parecchi chirurghi degli Stati vicini — Cile, Uruguay, Brasile, Bolivia, Perù e Paraguay — presentarono delle comunicazioni, o le mandarono affinchè fossero lette. Argomento ufficiale, ampiamente discusso, fu: le sequele e le complicazioni dell'appendicite.

I lavori furono presieduti dal dott. E. Belastegui, coadiuvato dai segretari E. Bengolea, A. Buzzi, P. Jaregui e R. Rodríguez Villegas.

Il prossimo Congresso si adunerà a Buenos Aires nell'ottobre 1931. Il Comitato esecutivo è stato così costituito: presidente dott. Ernesto Romagosa; vice presidente dott. Arturo Zabala; segretari dottori R. Rodríguez Villegas e Adrián J. Bengolea.

4° Congresso argentino di medicina.

Il Congresso nazionale di medicina, che doveva adunarsi a Buenos Aires quest'anno, è stato rimandato al 1931. Unico tema ufficiale di discussione sarà la lebbra.

Il Congresso è posto sotto la presidenza del prof. José Arce. Per l'organizzazione il Governo ha stanziato la somma di 100.000 pesos, pari ad un milione di lire it.

Congresso medico dei Paesi slavi.

È indetto per il 2 ottobre e seguenti a Split (Jugoslavia). Hanno già annunziato la loro partecipazione quattrocento medici di altri Paesi, non soltanto slavi, ma anche tedeschi, latini (vengono segnalate molte sommità della medicina francese), ecc.

Il viaggio organizzato dalla Federazione Fascita contro la tubercolosi.

La Federazione Nazionale Fascista di lotta contro la tubercolosi in occasione della Conferenza di Oslo aveva organizzato un viaggio di istruzione per visitare le maggiori istituzioni antitubercolari della Germania, della Danimarca, dell'Olanda, della Svizzera. A questo viaggio di grandissimo interesse hanno partecipato 42 italiani guidati dal segretario generale della Federazione prof. Federigo Bocchetti.

Tra i partecipanti c'erano, oltre il presidente della Federazione on. prof. Paolucci, parecchi professori universitari fra cui i proff. Alessandri, Gasbarrini, Ilvento, Costantini, Omodei Zorini, Carpi, Ronzoni, Giannini, Urizio, Calabrese, Cherubini, Cogliati, Duranti, Fernandez, Lettieri Forni, Gastaldi e i dottori Piazza, Passalacqua, Campanacci, Filippini, Miceli, Borri, Triolo, Tucci, Velasco, Siervo, ecc. Per l'Ufficio Stampa il prof. Zucca e l'ufficio turistico il comm. Grandi.

La prima tappa fu a Berlino dove sotto la guida del prof. Helm visitarono il dispensario della città, un Istituto di tubercolosi chirurgica, un Sanatorio diurno per donne, l'Istituto Augusta Vittoria a Charlottenburg in cui destò molta ammirazione il museo per l'educazione della madre e del popolo per la difesa della mortalità e morbosità infantile. L'ultima istituzione visitata fu la clinica del prof. Sauerbruch, dove l'insigne chirurgo tenne una lezione teorico mostrando numerosissimi casi di lupus guariti colla cura Gerson e numerosissimi casi di tubercolosi polmonare trattati colla toracoplastica. Alla presenza degli italiani tenne anche una seduta operatoria in cui fu eseguita una toracoplastica parziale. Nella serata da insigni scienziati tedeschi fu offerto un ricevimento in cui parlarono i proff. His e Helm ed a cui rispose l'on. prof. Paolucci.

Ad Amburgo, seconda tappa del viaggio, gli italiani presero parte ai lavori del convegno organizzato in una maniera inimitabile, dal prof. Brauer. Vi furono conferenze di varii scienziati di tutte le parti del mondo fra cui Fontes, Petroff, Much, Vaudremer, Arima, Neil, Hallé, Kirchner, ecc.

Sull'elettrobroncografia parlò il prof. Luisada; altri oratori trattarono dell'asma bronchiale. Suscitò l'ammirazione in tutti la visita dei grandiosi laboratori dell'Ospedale di Eppendorf sulla cura chirurgica delle affezioni polmonari non tubercolari; parlarono i proff. Brauer e Denk. Nella serata un sontuoso ricevimento fu offerto dal Borgomastro di Amburgo. Per tutti i medici esteri presenti prese la parola applauditissimo in risposta al Borgomastro il sen. Edoardo Maragliano, fatto segno sempre a grande ammirazione.

Dopo il soggiorno di Oslo la comitiva italiana, sempre sotto la guida del segretario generale della Federazione per la lotta contro la tubercolosi, si fermò a Copenaghen dove ha assistito alla conferenza del prof. Faber e del dott. Bang sulla lotta contro la tubercolosi in Danimarca. Il prof. Ilvento in risposta al prof. Faber disse che la vera lotta contro la tubercolosi è quella che si fa appunto in Danimarca, i cui risultati stanno a provare che la via sociale intrapresa è quella che ci farà raggiungere lo scopo. Furono visitati l'Ospedale della R. Università e l'Istituto di Finsen. Alla fine fu offerta molto gentilmente una colazione in onore dei congressisti.

La tappa ad Amsterdam è stata organizzata in modo particolare dal segretario generale dell'Associazione Olandese Van Gils ed è riuscita di grande interesse. Fra le istituzioni visitate vanno ricordati il Sanatorio di Laren diretto dal dott. De Bloeme e la Colonia Post-Sanatoriale della « Sonnestral » diretta dal dott. Van Liez costruita in stile razionale. Alle varie conferenze tenute dal prof. Verchugl, Van Gils, rispose brillantemente il prof. Ronzoni.

Al ricevimento offerto dai colleghi olandesi prese la parola il prof. Cherubini di Roma, che mise in evidenza lo sforzo compiuto dall'Olanda nella lotta contro la tubercolosi.

A Davos, in Svizzera, l'ultima tappa del viaggio, furono visitati l'Istituto di ricerche diretto dal prof. Lövy, il Sanatorio del dott. Biland che fece una importante esposizione dell'influenza del clima nella cura della tbc. e vari sanatori popolari. Nella serata il dott. Staub illustrò con proiezioni la stazione climatica di Davos, opera tenace e geniale di numerose generazioni di medici e di industriali. Parlarono in questa occasione i proff. Costantini e Carpi. La comitiva dopo venti giorni di vita in comune, dopo un lavoro di sicura efficacia si sciolse a Milano lasciando nell'animo di tutti il più grato ricordo per l'incomparabile viaggio compiuto.

Il presidente della Croce Rossa Giapponese.

Il Principe Tokugava, presidente della Croce Rossa Giapponese, ha visitato le varie iniziative assistenziali e sanitarie attuate in Roma, fra cui il Sanatorio « Cesare Battisti », il Preventorio « Emilio Maraini », ecc., interessandosi dettagliatamente della organizzazione di questi Istituti ed esprimendo il suo alto e incondizionato compiacimento per il modo con il quale gli Istituti stessi funzionano, apportando un notevole contributo nella lotta organizzata dal Governo Fascista contro la tubercolosi.

Il presidente della C. R. Italiana, sen. Cremonesi, lo ha solennemente insignito della medaglia al merito, la più alta onorificenza della Croce Rossa Italiana, in riconoscimento dell'alta ed intelligente opera spiegata dall'illustre presidente della Croce Rossa consorella, nel campo dell'assistenza, al quale egli particolarmente si è dedicato.

Per l'ospedale di S. Bartolomeo a Roma.

Il secolare Ordine dei frati di S. Giovanni di Dio, che in tutto il mondo ha diffuso la sua opera in favore di coloro che soffrono, da vario tempo, a causa dello sviluppo sempre crescente della « Casa madre », che occupa tutto il lato settentrionale dell'isola di S. Bartolomeo sul Tevere — se si esclude la piccola casa governatoriale, ora adibita a centro antitubercolare — era stato costretto ad una serie di adattamenti precari dei locali, non certo intonati ai criteri igienici che debbono presiedere alla vita di un grande nosocomio.

I Fatebenefratelli hanno deciso recentemente di dare un assetto definitivo ed organico alla zona, e affidavano lo studio della restaurazione e i lavori ad un artista di valore, Cesare Bazzani.

Chiesa, convento e ospedale saranno ripristinati nel loro originario aspetto settecentesco, riaprendo cortili ora chiusi, restituendo gli ambienti alle loro primitive proporzioni, eliminando le soprastrutture.

L'antica costruzione che per circa 100 metri sorge quasi a picco sul fiume, dal lato del Lungotevere Cenci, sarà completata e le vecchie casette saranno sostituite con varie dipendenze dell'ospedale, che avranno quanto più è possibile una forma nuova e pittoresca, intonata al luogo e al nucleo centrale delle costruzioni. In questi edifici secondari, troverano posto i gabinetti odontoiatrici, radiologici e per cure antitubercolari.

Le opere di restauro si prevede che saranno compiute entro il 1932 e coincideranno con il decimo annuale della Marcia su Roma.

Un nuovo ospedale annesso alla Scuola Medica di Durham.

Il 21 luglio venne inaugurato un lussuoso ospedale annesso alla Scuola Medica dell'Università di Durham (Carolina del Nord), eretto mercè la donazione di 10 milioni di dollari, pari a 180 milioni di lire, fatta dal dott. James B. Duke: 4 milioni di dollari sono stati destinati all'edifizio e 6 sono stanziati per il funzionamento. L'ospedale è capace solo di 400 letti, ma comprende 1000 ambienti; vi sono addette 200 suore, ossia una ogni due malati, e 100 medici, ossia 1 ogni 4 malati; l'auditorium è capace di 250 studenti; dell'ospedale fanno parte 11 sale operatorie, un numero rilevantissimo di laboratori, ecc. È a quattro piani, salvo una torre, che si eleva a otto piani.

La capacità delle cliniche universitarie dell'Università di Durham viene ad essere così portata a 744 letti.

Per un istituto cardiologico a Buenos Aires.

L'Intendente Municipale di Buenos Aires ha sottoposto al Consiglio Deliberante della città un messaggio, in cui progetta la fondazione di un Istituto di cardiologia, in vista dell'importanza che hanno assunto le malattie cardiache. Stima che le spese di costruzione e d'installazione importeranno 3 milioni di pesos (ossia circa 30 milioni di lire it.).

Quasi contemporaneamente, il prof. Rafael A. Bullrich ha pure proposto, alla Facoltà medica, la fondazione di un Istituto di cardiologia, annesso alla Clinica medica da lui diretta, con scopi scientifici, didattici e di consultazione; all'uopo ha chiesto un credito di 10.000 pesos annui (ossia circa 100 mila lire it.). Il Consiglio direttivo della Facoltà ha approvato.

All'Istituto oncologico di Buffalo.

Lo Stato di New York aveva stanziato la somma di 300.000 doll., pari a circa 6 milioni di lire it., per l'acquisto di radium destinato all'Istituto oncologico di Buffalo. Di questa somma sono ora stati spesi 291.000 doll. per l'acquisto di 5735 milligrammi di radium: si vuole che ora la provvista dell'Istituto sia la più ricca del mondo.

L'Istituto vanta 800 guarigioni stabili di casi di cancro. I successi vengono ascritti alla tecnica perfezionata; vi sono però ancora moltissimi casi che resistono a qualsiasi trattamento o che recidivano.

Allestimento di un nuovo treno di pronto soccorso.

L'Agenzia « L'Italia d'oggi » informa che le Ferrovie dello Stato hanno approntato un nuovo treno speciale di pronto soccorso per agevolare l'opera di ausilio da prestarsi in caso di terremoto o di altre calamità. Questo treno, che può essere allestito per la partenza nel termine di tre ore, è composto oltrechè delle vetture e dei carri adibiti al trasporto del personale e del materiale di primo invio anche di un carro equipaggiamento capace di contenere due automezzi e di un bagagliaio attrezzato in modo speciale per servizi di comunicazione comprendente anche un centralino telefonico, un gruppo telegrafico Morse e Hugues e un impianto radiotelefonico completo trasmittente e ricevente. Contiene, inoltre, il materiale per realizzare cinque posti telefonici volanti e due radiostazioni mobili. È così possibile un rapido allacciamento sia con l'interno della zona colpita, sia con le sedi degli organi centrali.

Nuovi tipi di auto-ambulanza per la Croce Rossa.

In un vasto locale addobbato con bandiere tricolori e piante di fiori, al Corso Umberto I in Roma, quattro nuovi tipi di autoambulanza della Croce Rossa, completamente attrezzate per il trasporto dei feriti e degli uomini di scorta, sono

ANNO XXXVII Roma, 29 Settembre 1930 Num. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. L. SPOLVERINI

Sui criteri di diluizione del latte per l'alimentazione artificiale nei primi mesi di vita

per il dott. GIAN CARLO BENTIVOGLIO,
aiuto e lib. docente.

I. — NOTE CRITICHE.

Non sono molti i problemi di dietetica infantile che hanno suscitato tante discussioni, talvolta anche aspre, quante quello che si riferisce al criterio di diluizione del latte per l'allattamento artificiale. Benchè l'argomento abbia un'apparente semplicità pratica, poichè se non altro in via empirica è assodato che il latte diluito viene tollerato meglio dagli organi digestivi del lattante che non il latte intero, esso si complica subito quando si tratta di stabilire, per lo meno in tesi generale, il grado di diluizione e di commisurarlo all'età del lattante.

I criterî seguìti nella pratica sono ancora abbastanza ampî per non nascondere l'incertezza che in parte sussiste nell'indirizzo teorico e scientifico della questione. Tali criterî vengono formandosi in generale nella mente del medico pratico per lo più a seconda del grado e delle possibilità della propria esperienza personale. D'altra parte un'esperienza di questo genere non è sempre facile da acquisire sul lattante sia per l'esistenza di condizioni e reazioni individuali diverse, sia perchè queste possono prestarsi talvolta a valutazioni ed a interpretazioni pure differenti. Non basta, infatti, che un lattante dimostri di bene tollerare un latte di vacca diluito a metà e iperzuccherato, per ritenere quella diluizione la più adatta al caso singolo, poichè anche ammesso un buon andamento della curva ponderale, ciò che non rappresenta davvero il caso più comune, bisogna vedere se questa crescita si accompagni ad una adeguata robustezza organica o non sia invece in parte apparente per una sproporzionata imbibizione d'acqua da parte dei tessuti. In senso opposto un lattante alimentato con una miscela di latte diluito a 2/3 o a 3/4 può presentare ad un certo momento

disturbi digestivi con arresto o calo del peso per indiretta conseguenza di un fatto intercorrente parenterale, non sempre clinicamente accertabile con facilità, per cui il giudizio del medico sul valore di quella determinata diluizione ne esce talvolta fuorviato.

Già le ripetute discussioni, anche recenti, impegnate sull'argomento in Italia e altrove, stanno a testimoniare che tanto l'uso del latte di vacca previa diluizione anche notevole quanto quello del latte pressochè intero, hanno ciascuno, per i requisiti dell'allattamento, i proprî vantaggi e svantaggi, ed è bene qui di riassumere gli uni e gli altri per farsi un giudizio il più possibile completo e spassionato del problema.

Vantaggi del latte diluito. — L'uso del latte diluito trova la sua ragione d'essere sopratutto nei migliori risultati immediati ch'esso registra nella pratica in confronto del latte intero; tali vantaggi sono essenzialmente d'ordine digestivo per una maggiore adattabilità agli organi digerenti del lattante che proviene al latte di vacca (preso come il tipo più comune di latte per l'allattamento artificiale) dalla semplice aggiunta di acqua di diluizione.

L'analisi chimica quantitativa delle varie sostanze contenute nel latte di vacca messa a confronto con quella del latte di donna (alimento testo per il primo anno di vita) spiega fino ad un certo punto i vantaggi conseguiti nella pratica dalla diluizione del latte, mentre ne mette subito in evidenza anche i danni. Riunisco nella seguente tabella comparativa la rispettiva quantità per mille espressa in grammi ed in calorie dei principali componenti del latte di donna, del latte di vacca intero e del latte di vacca diluito, prendendo come tipo medio di diluizione quello a metà:

Per 1 litro di:	Latte di donna		Latte di vacca		Latte di vacca diluito al 1/2	
Valore in	gr.	cal.	gr.	cal.	gr.	cal.
Caseina	7	30	30	120	15	60
Lattoalbumina e lattoglobulina	6	25	4,5	20	2,2	10
Grassi	38	360	35	330	17,5	165
Idrati di carbonio (lattosio)	68	275	45	180	22,5	90
Sali	2		7		3,5	
Calorie totali:		690		650		325

Alla stregua dei valori suindicati la diluizione del latte di vacca ha lo scopo evidente di avvicinare l'eccesso di caseina e di sali del latte di vacca (circa il quadruplo) a quello del latte di donna. Alla stessa stregua la diluizione dovrebbe arrivare a 3/4 di acqua per 1/4 di latte se volesse raggiungere questo scopo per intero. A ciò tendono naturalmente i sostenitori della diluizione ad oltranza, partendo dal presupposto che i danni tanto temuti dell'allattamento artificiale, e sopratutto la difficile digeribilità del latte di vacca, siano imputabili in gran parte all'eccesso di caseina e di sali in esso contenuti. Seguendo anzi la teoria del Biedert che fra i primi diede l'allarme, sarebbe sopratutto l'eccesso di caseina, e per di più di caseina eterogenea, quello che ha richiamato l'attenzione ed i timori di molti pediatri. In questo senso i reperti dell'analisi chimica quantitativa sembrano dare una ragione sufficiente dei vantaggi conseguibili nella pratica con l'uso del latte diluito: la ragione tuttavia non è affatto esauriente e su di essa dovremo in seguito ritornare.

Svantaggi del latte diluito. — Più dimostrativa, come si disse, appare la tabella sopra segnata per esprimere le deficienze alle quali va incontro il latte diluito. Avendo infatti il latte di vacca intero press'a poco uguale valore nutritivo, espresso in calorie, del latte di donna, la diluizione comporta anche una sensibile diminuzione dello stesso potere nutritivo. È appunto di fronte alla necessità imperiosa di ovviare a questo danno che si sono escogitati alcuni procedimenti, la cui molteplicità vale da sola a denunciare l'imperfezione e i difetti legati a ciascuno di essi.

Il procedimento più semplice poteva essere quello di sopperire alla povertà nutritiva del latte diluito con un corrispondente aumento del volume complessivo della miscela, senonchè la capacità dello stomaco del lattante ha dei limiti in rapporto all'età che non si possono tanto facilmente sorpassare. Pur riconoscendo oggidì che questi limiti non sono così fissi e rigidi come lasciavano presumere le misurazioni fatte sul cadavere (essendo portati ad esempio alcuni lattanti che tolleravano miscele di volume assai superiori alla norma), tuttavia non possiamo invertire l'eccezione con la regola, e rimane pur sempre, oltre ai danni di una soverchia introduzione di acqua, la imprescindibile difficoltà d'ordine pratico di fare ingerire ad un lattante volumi considerevoli di liquido.

Scartato perciò questo primo espediente, si

è dovuto provvedere in altro modo a riportare il latte diluito al valore calorico del latte intero, reintegrando nel primo le sostanze organiche che venivano a trovarsi in *deficit* per effetto della diluizione. Tali sostanze sono gli zuccheri, i grassi e la lattalbumina.

Gli idrati di carbonio possono essere facilmente reintegrati nel latte diluito, sotto forma di mono- o disaccaridi, per la loro solubilità e per il loro minimo costo, mediante aggiunta di lattosio o meglio di saccarosio o meglio ancora di zuccheri misti (ad es. saccarosio maltosio). La quantità addizionale di zuccheri deve raggiungere in cifra tonda almeno 40 gr. per un litro, ad es., di latte diluito al 1/2, cioè l'8 % dell'acqua di diluizione, se vuol recuperare — vedi tabella — non solo il tasso di lattosio contenuto nel latte di vacca intero, ma quello già superiore del latte di donna.

Più difficile riesce invece di colmare la perdita di grassi che subisce il latte diluito. Per questo scopo le vie seguìte dagli AA. sono due: gli uni hanno tentato di aggiungere panna al latte diluito, gli altri, e sono la grandissima maggioranza, prescrivono semplicemente una aggiunta supplementare degli stessi idrati di carbonio fino a raggiungere il valore calorico del latte intero.

Il primo procedimento, benchè a prima vista più razionale, è pressochè fallito nella pratica di fronte ad un problema d'ordine fisico-chimico, cioè alla difficoltà di incorporare il grasso aggiunto, in modo che questo riacquisti nel latte diluito quello stato di perfetta emulsione che possiede originariamente. Ciò spiega a sufficienza gli insuccessi (facilità di diaree grasse e di fenomeni tossici) imputati al latte-panna del Biedert ed a preparazioni analoghe, pure facendo uso di panna sterilizzata in scatole. Anche il latte *maternizzato* del Gaertner, preparato mediante appositi apparecchi di centrifugazione e di prelevamento del latte in modo da ottenere nello stesso latte diluito una concentrazione di grasso del 35 per mille, non ha avuto migliore fortuna, ed inoltre non è di agevole preparazione.

Un notevole progresso in questo senso è stato indubbiamente realizzato da Czerny-Kleinschmidt, mescolando il burro con farine comuni: si dimostra infatti che gli amilacei rigonfiandosi con la cottura hanno la virtù di emulsionare le sostanze grasse formando una massa omogeneamente suddivisa. Lo stesso principio è stato sfruttato per aggiungere al latte grassi vegetali sotto forma di pappa oleo-farinosa (Frontali).

Purtroppo anche questo procedimento dietetico, benchè alla portata di tutti, non può essere propòsto all'uso corrente nel lattante dei primi mesi, poichè proprio in quest'epoca più delicata dell'allattamento artificiale e nella quale ha maggior ragion d'essere la diluizione del latte, non possiamo fare ordinario affidamento sulla sua funzione amilolitica: questa, benchè presente fin dalla nascita, dimostra infatti, almeno nei primissimi mesi, un'attività più o meno precaria e instabile, e come tale si rivela appunto rimanendo talvolta ostacolata nelle già difficili condizioni digestive dell'allattamento innaturale (1).

Pertanto il problema della sostituzione nel latte diluito della razione deficitaria di grassi non può essere risolto nella pratica che per via indiretta, come si fa comunemente, reintegrando la perdita corrispondente di calorìe con una quantità equicalorica di zucchero. Essendo 9,4 il valore calorico di un grammo di grasso e 4,1 quello di un grammo di zucchero, occorre, per es. ad un litro di latte diluito al 1/2, una quota supplementare di altri 40 grammi di zucchero per sopperire alla corrispettiva perdita di gr. 17 di grasso. La quantità globale di idrati di carbonio in aggiunta che richiede il latte diluito si eleva pertanto al 16 % dell'acqua di diluizione.

Bisogna notare che questa eccessiva aggiunta di idrati di carbonio, in ispecie di zuccheri, riesce in definitiva dannosa (come d'altra parte una soverchia riduzione di materie grasse), anche all'equilibrio del chimismo intestinale e delle stesse funzioni digestive, tant'è vero che gli AA. si limitano a prescrivere l'aggiunta di idrati di carbonio al latte in ragione del 10 % dell'acqua di diluizione. Questa percentuale è però insufficiente, in base al calcolo delle calorie, a riportare il valore nutritivo del latte diluito a quello del latte intero — con una differenza in meno, se si procede, ad es., alla diluizione al 1/2, tutt'altro che indifferente, cioè di 125 calorie per litro — e lo raggiunge soltanto quando si aumenta almeno di 1/5 il volume complessivo della miscela, somministrando cioè 120 gr. di latte diluito al 1/2 in luogo di 100 gr. di latte intero.

Dobbiamo infine ricordare la deficienza di lattalbumina che subisce il latte per effetto della diluizione; ma dopo quanto si è detto e si fa per la sostituzione delle sostanze grasse,

(1) G. C. BENTIVOGLIO. *Nuovi criteri clinici intorno al comportamento digestivo e all'uso delle sostanze amidacee nei primi mesi di vita.* Riv. di Clin. Pediatrica, 1928.

si comprende come considerando il valore nutritivo del latte quasi soltanto dal punto di vista del suo rendimento calorico globale, la perdita di pochi grammi di lattalbumina nel latte diluito sia stata per lungo tempo trascurata dagli AA.

Secondo la legge dell'isodinamia del Rubner, la quale ammette la possibilità di sostituire anche in larga misura alcuni principî alimentari con altri in quantità isodinamiche od equicaloriche, il problema scientifico e pratico che qui ci interessa poteva considerarsi a questo punto risolto.

Senonchè il problema clinico s'impone una volta di più a dimostrazione del fatto che l'organismo nella prima età della vita — epoca di massime esigenze e di squisita sensibilità reattiva — ha le *sue* leggi fisiologiche e biologiche — una di queste è proprio la scarsissima facoltà di formare grassi dagli idrati di carbonio e dalle proteine — ed inoltre possiede le stesse leggi della fisio-biologia comune più raffinate e più inderogabili.

Sono ben noti purtroppo gli esiti a distanza in generale sfavorevoli dell'allattamento artificiale anche malgrado la tecnica alimentare più corretta e pure ammettendo una sufficiente tolleranza digestiva. Tali risultati, per unanime constatazione dei pediatri, si manifestano con una crescita irregolare, di solito più stentata nei primi mesi, e facilmente interrotta da perdite brusche del peso, con una formazione di pannicolo adiposo meno stipato rispetto al lattante al seno, per un contenuto di acqua più elevato nei tessuti, con uno sviluppo meno armonico (caratterizzato da deficiente tono muscolare, manifestazione rachitiche frequentissime, e da un certo grado d'anemia) ed infine con una marcatissima diminuzione di resistenza alle varie infezioni e quindi una estrema morbilità e consecutivo contributo di mortalità alle più comuni malattie infettive parenterali, ciò che rappresenta tuttora uno dei più gravi titoli di demerito a carico dell'allattamento artificiale.

È bensì vero che queste ed altre deficienze sono in gran parte da ascrivere ad altri imponderabili coefficienti d'ordine biologico che rendono e renderanno sempre irraggiungibili i beneficî dell'allattamento naturale: ma non è meno vero e meno facile da dimostrare che le stesse deficienze sono anche dovute o per lo meno aggravate da una alimentazione per sè stessa imperfetta, e, nel caso particolare proprio per effetto di una incongrua diluizione del latte di vacca.

Non si deve infatti disconoscere nella valutazione di un *alimento composto* qual'è il latte, l'importanza che assumono i singoli componenti e sopratutto quelli organici, alla stregua della funzione fondamentale cui ognuno di essi assolve nei processi della nutrizione.

La comune distinzione che si fa degli alimenti a seconda degli scopi cui sono destinati, cioè in alimenti *plastici* (proteine, sali, acqua) e alimenti *termo-dinamogeni* (grassi e idrati di carbonio) va intesa *cum grano salis*: come i prodotti della scissione albuminoidea possono benissimo sostituire gli idrati di carbonio e i grassi come materiali termogeni e dinamogeni (non importa se dopo essere stati in tutto o in parte trasformati in zucchero), d'altra parte anche gli idrati di carbonio e i grassi adempiono in una certa misura ad una funzione plastica quali costituenti normali della sostanza vivente delle cellule e dei liquidi dell'organismo (2), e vi assumono inoltre una importante funzione di materiale di riserva: questa però è ben diversa nell'un caso e nell'altro, poichè mentre le riserve zuccherine depositate principalmente nel fegato si esauriscono in poco più di 24 ore, le materie grasse, accumulate un po' dappertutto (nel lattante in notevole prevalenza nel tessuto sottocutaneo) hanno un margine di esauribilità molto maggiore che si prolunga, nell'organismo adulto posto a digiuno, anche per qualche settimana.

Non meno indispensabili sono i grassi dal punto di vista biologico poichè ad essi si accompagnano i lipoidi, sostanze della massima importanza quali vettori di principîi vitaminici (vitamine liposolubili) sia allo stato attivo che potenziale (pro-vitamine); agli stessi lipoidi è connessa infine, secondo le moderne cognizioni, una parte cospicua nella formazione dei processi immunitari dell'organismo.

Si dimostra pertanto che la sostituzione dei grassi con gli zuccheri quale si pratica comunemente per il latte di vacca diluito, non impedisce a questo di rappresentare una dieta *carenzata*, precisamente per carenza di sostanze grasse di cui d'altra parte l'alto contenuto nel latte di donna ci attesta l'elevato fabbisogno del lattante. Basti infatti pensare che la metà ed oltre delle calorie alimentari che utilizza il lattante al seno sono fornite dalle sostanze grasse e solo i 2/5 dagli idrati di carbonio, mentre nel lattante al poppatoio allevato, ad es., con latte diluito al 1/2 e iperzuccchera-

---

(2) F. BOTTAZZI. *Le basi fisiologiche dell'alimentazione.* L'Alimentazione, 1930, n. 1.

to secondo le dosi già indicate, soltanto 1/4 delle calorie totali sono rifornite dal grasso e più della metà dagli zuccheri.

Questa inversione del rapporto tra grassi ed idrati di carbonio conferisce perciò allo stesso latte diluito e iperzuccherato anche i caratteri di una dieta *squilibrata*, per le ripercussioni sul ricambio idro-salino legate ad un eccesso correlativo di idrati di carbonio (maggiore ritenzione di sali e di acqua nei tessuti, e conseguente riduzione delle resistenze immunitarie).

Si rileva facilmente che questi effetti sfavorevoli si identificano in gran parte con gli stessi inconvenienti lamentati a proposito dei risultati suesposti dell'allattamento artificiale, per cui riesce difficile di contestare l'esistenza tra gli uni e gli altri di un certo rapporto di causa ad effetto.

Ma v'ha di più: anche quando si riesca a colmare il *deficit* di grasso e di zucchero con aggiunte corrispondenti, sussiste con l'uso di latte diluito la possibilità di un'altra forma di carenza alimentare che si ripercuote più direttamente sull'impulso alla crescita. Ciò dipende dalla diminuita razione di lattalbumina dato l'alto contenuto di questa in uno degli aminoacidi più indispensabili per l'accrescimento, la cistina (Osborne e Mendel). Mentre infatti la caseina ne contiene solo il 0,26 %, la lattalbumina ne contiene una proporzione 16 volte maggiore, cioè del 4,25 % (3). Perciò soltanto dalla somministrazione di latte di vacca intero il lattante può avere a disposizione, a parità di utilizzazione delle sostanze proteiche, una quantità complessiva di cistina pari a quella che riceve con il latte di donna.

A questo specifico inconveniente del latte diluito si è cercato solo in questi ultimi tempi di rimediare manipolando il latte in guisa da ottenere non solo una riduzione del per cento di caseina, ma anche la sua sostituzione parziale con una adeguata quantità di lattalbumina (4).

Tutte queste meritevoli iniziative, ed altre analoghe, stanno a dimostrare il grande interessamento dei pediatri ad una soluzione del problema dietetico del lattante migliore e più razionale di quella che non sia la semplice diluizione del latte con acqua zuccherata, nonostante che questa abbia a suo credito quei particolari vantaggi d'ordine digestivo che tutti riconoscono; esse però tendono a risolverlo più idealmente che praticamente, essendo tutte più o meno legate alla necessità di manipolazioni tecniche difficilmente traducibili nell'uso corrente. Tali iniziative dànno ragione comunque delle obiezioni mosse da più parti all'uso di diluizioni eccessive del latte (come quelle che superano il 50 % dell'acqua di diluizione), anche per l'alimentazione del lattante nei primi mesi di età. *(Continua)*.

(3) JONES, BREESE, GERSDORFF, MOELLER. The Journ. of Biol. Chem., 1924.

(4) C. COCCHI. *Ricerche sperimentali sull'importanza delle diverse proteine nella alimentazione del lattante*. Scritti medici dedicati a C. Comba. Tip. Niccolai, Firenze, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale al Policlinico Umberto I in Roma - 4° Padiglione

diretto dal Prof. GIULIO GALLI.

Linfadenite iperplastica dell'ilo epatico con ittero da stasi

per il dott. P. CAPONE BRAGA, assistente.

Fra le cause estrinseche che possono comprimere le grandi vie biliari, oltre tutti i tumori primitivi e metastatici delle vicinanze, le cisti di echinococco, ecc., occorre ricordare che, sebben di rado, intervengono anche i gangli dell'ilo epatico per considerevole aumento del loro volume in seguito a un processo cronico o subacuto.

I gangli che si trovano in prossimità del coledoco sono essenzialmente rappresentati da un piccolo gruppo di tre elementi; un ganglio è situato in vicinanza del cistico e riceve due dei tre gruppi di vasi linfatici della cistifellea, due linfoglandole sono situate al margine laterale del ligamento epatoduodenale e ricevono il gruppo laterale dei linfatici della cistifellea. Sovente però il ganglio del cistico manca o è rappresentato da 1 nodulo e i 2 gangli del ligamento epatoduodenale possono essere fusi insieme o sostituiti anch'essi da due noduli linfatici.

Fra le affezioni che colpiscono i gangli del ligamento epatoduodenale, ricordiamo anzitutto le metastasi cancerigne, le affezioni del sistema emopoietico, come ad esempio le leucemie linfoidi che, determinando una iperplasia delle ghiandole dell'ilo epatico, possono essere causa di ittero cronico meccanico.

Ricordiamo ancora la tubercolosi che può insorgere sia per via linfatica attraverso una lesione della cistifellea, che per via sanguigna in caso di tubercolosi generalizzata al sistema linfoglandolare addominale o di tubercolosi miliare.

Dai casi riportati nella letteratura si può dedurre che la tubercolosi prevale fra le affezioni che colpiscono i gangli dell'ilo epatico e che sono causa di ittero da stasi.

Mentre non risulta che l'iperplasia semplice cronica intervenga di frequente quale fattore di compressione sul coledoco in maniera da provocare una sindrome netta di ittero meccanico.

Infatti troviamo i casi di Huebsch, di Pototsching, di Ciaprini, Faccini, Orth, e di altri i quali sono dovuti tutti a tubercolosi ganglionare.

Quasi mai è stato possibile far la diagnosi prima dell'intervento e gli ammalati erano inviati al tavolo operatorio per lo più con la etichetta di calcolosi.

D'altra parte la sindrome non ha particolari così netti da poter indurre il medico o il chirurgo a sospettare la natura della stasi coledocale. Si potrà al più tener conto che la calcolosi è affezione prevalentemente dell'età matura mentre nel caso di tubercolosi l'età giovane prevale; che l'ittero si stabilisce lentamente e progressivamente; che manca una storia di vere e proprie coliche come si può invece verificare nella litiasi.

Il problema diviene ancora più arduo quando si tratta di stabilire la natura della lesione ganglionare che non tanto l'atto operatorio quanto l'esame istologico può rivelare. Infatti la fortuna di avere potuto seguire in questo senso il nostro malato ci ha permesso di scoprire con esattezza la lesione, che anche qui, a prima vista sembrò all'operazione trattarsi di linfadenite tubercolare.

Per modo che fra i casi di compressione estrinseca del coledoco, quando intervenga il sospetto di linfadenite dell'ilo epatico occorre ricordare la possibilità di semplice infiammazione cronica per flogosi dei territori i cui vasi linfatici si portano a quei gruppi ganglionari.

Credo quindi utile esporre il caso occorsomi:

CASO. — De San. L., di anni 14, studente in agraria, da Sezze. Padre morto in guerra; madre per influenza nella pandemia del 1918. Un fratello è morto a 12 anni pare per cardiopatia. Ha avuto morbillo a 6 anni. Da tale epoca, durante la stagione estiva, il p. è andato facilmente soggetto a periodi febbrili con modiche elevazioni termiche della durata di 4-5 giorni non accompagnati da particolari disturbi, che recidivavano più volte durante il volgere di mesi.

Circa un anno fa venne colto da violento dolore all'ipocondrio di destra senza alcuna irradiazione, accompagnato da ittero, prurito, feci ipocoliche, urine intensamente colorate. Fu ricoverato in ospedale dove rimase circa due mesi. Ivi fu sottoposto a cure varie fra le quali ad iniezioni endovenose di natura che il p. non sa precisare ma che molto probabilmente corrispondono a Neosalvarsan forse per sospetto di eredolues.

Migliorò discretamente e stette bene per 4-5 mesi finchè cominciò di nuovo a notare piccola febbre, ittero, da prima lieve e poi gradualmente più intenso; in tali condizioni viene ricoverato al 4° Padiglione del Policlinico il 29 settembre 1928.

E. O. Condizioni generali buone, sensorio integro, decubito indifferente, ittero di modico grado. Temperatura 37°,9. Polso 120. Respiro 20 tipo misto. Pupille midriatiche reagenti. Labbra aride, herpes labialis e mentoniero. Lingua impaniata asciutta.

Si nota un abito ipoplasico e un arresto di sviluppo.

Stato di nutrizione scaduto; pannicolo adiposo scarso. Faringe e tonsille normali. Denti piccoli e seghettati. Colorito giallo spiccato della cute e delle sclere. Segni di grattamento agli arti inferiori e in piccola parte nelle altre regioni. Gangli piuttosto iperplastici nelle comuni stazioni.

Torace: bene sviluppato simmetrico, si espande bene ad ambedue i lati. Apici e basi ad altezza normale, si espandono bene. Murmure vescicolare normale.

Cuore: Itto al 4° spazio sulla mammillare, la cardiaca deborda di un dito dalla marginosternale a destra. A sin. il margine superiore è alla 3ª costola. Soffio sistolico su tutti i focolai; 2° polmone rinforzato.

Addome: leggermente protuberante specie nella metà superiore, trattabile, non dolente. Notevole meteorismo.

Fegato: margine sup. alla 4ª costa. Il margine inf. deborda di due dita dall'arco costale; la superficie è liscia, il margine tagliente, duro, non dolente.

Milza: non ingrandita in alto. Si palpa il polo inferiore duro a circa due dita dall'arco costale.

Genitali normali. Riflessi rotulei presenti e vivaci.

La provenienza da zona malarica, la splenomegalia indussero in primo tempo alla ricerca del parassita, ma questa fu ripetutamente negativa e la somministrazione del chinino non diede alcun risultato favorevole.

La formula leucocitaria dava: polinucleati 52; linfociti 33; eosinofili 3; basofili 1; mielociti 2; mononucleati 9; globuli bianchi: 10.500; globuli rossi 4.000.000.

L'insorgenza talora brusca degli attacchi di itterizia con febbre elevata fece successivamente pensare che si fosse di fronte ad un caso di ittero infettivo in probabile malarico cronico, ma le cure dietetiche, la terapia, urotropinica per os ed endovenosa non influì sull'andamento della malattia. In considerazione dell'*habitus* della epatosplenomegalia fu ventilata la ipotesi di una eredolues, ma la R. Wassermann ripetuta tre volte previa anche sensibilizzazione risultò costantemente negativa. La Ghedini-Weimberg fu del pari negativa. Tuttavia fu-

rono sperimentate cure antiluetiche che migliorarono solo lievemente la situazione. Dopo circa tre mesi dall'ingresso, l'ittero appariva immutato, il P. presentava feci acoliche, urine fortemente biliose, per cui si fece strada la convinzione che potesse trattarsi di un ittero da stasi. Il sondaggio duodenale non diede risultati troppo soddisfacenti; si ebbe scarso liquido talora lievemente colorato di bile e quindi si formulò l'ipotesi che non fosse una stasi assoluta. Non fu possibile al sondaggio isolare germi dal liquido.

Fu perciò inviato il malato in chirurgia al 1° Padiglione, e dopo qualche giorno sottoposto ad intervento.

OPERAZIONE (prof. Puccinelli): 8-1-1929.

Eteronarcosi regolare. Taglio transrettale destro. Si trova il fegato molto ingrossato con vaste aderenze fra la capsula e la parete addominale, specie in corrispondenza del lobo destro. In qualche punto della superficie epatica si nota qualche chiazza di aspetto cicatriziale. Cistifellea molto ingrossata e distesa; non si svuota con la pressione e presenta larghe aderenze col duodeno. Il vuotamento si pratica invece con una siringa previa puntura della parete cistica. Fuoriesce bile verde in notevole quantità. Si liberano le aderenze col duodeno e si riesce così ad esplorare l'ilo epatico. Questa regione presenta numerose masse che sembrano linfoglandole e che circoscrivono il coledoco deformandone il decorso; si escide una parte di queste masse a sede pancreatica e un altro gruppo sito nello spessore del ligamento epatoduodenale.

La emorragia che si provoca con questa escissione si arresta con punti di setá. Una puntura esplorativa del lobo destro è negativa. Si esegue una colecistogastrostomia con due piani di sutura. Parete a tre strati.

Decorso postoperatorio normale. Il p. ritorna al 4° Padiglione dopo qualche settimana e sembra lievemente migliorato, ma dopo alcuni mesi si nota che l'ittero con tutto il corredo di sintomi persiste benchè attenuato. Notasi un abbassamento della curva febbrile e una notevole rarità degli accessi acuti.

Il sondaggio gastrico ripetuto dimostra assenza di elementi biliari, la qual cosa dinota mancanza di funzionamento della bocca anastomotica gastrocolecistica.

L'esame radiografico dimostra un vuotamento abbastanza rapido dello stomaco senza dare una visione netta della anastomosi gastrocolecistica.

L'esame del pezzo, eseguito da S. E. il prof. Dionisi, dà i seguenti risultati:

Preparato colorato con ematossilina ed eosina: l'esame microscopico del preparato colorato dimostra la struttura glandolare con notevoli modificazioni soprattutto dello stroma connettivale reticolare e dei seni; i follicoli sono irregolarmente distribuiti sulla corteccia, rivestita questa da capsula connettivale fibrosa poverissima di grasso. Essi sono di dimensioni svariate, gigantesche e piccolissime e dimostrano nettamente una parte centrale e una parte periferica. Fra i follicoli e fra i cordoni intermediari è contenuto tessuto connettivo fibroso denso che circonda anche i vasi sanguigni. Sia nei follicoli come nei cordoni intermediari si notano frequentissime emorragie; talora fra gli elementi bianchi contenuti nei seni notansi eosinofili. Non v'è alcun accenno ad aggregati tubercolari, solo in alcuni tratti si rinvengono grosse cellule mononucleate con nucleo pallido che ricordano elementi reticolari ingranditi. Si notano di rado cellule giganti del tipo megacariocitico. In base a tali dati di fatto si pone la diagnosi di linfadenite cronica iperplastica. Dato il risultato negativo della R. W. e non ritrovando alcuna lesione tipica tubercolare, non si può emettere il sospetto di forma linfadenitica a grosse cellule di Ziegler. Anche la forma pseudoleucemica è esclusa dalla perfetta integrità di molti follicoli. Una forma di linfosarcomatosi e anche di linfoblastomatosi è esclusa per la conservazione relativa della struttura delle glandole linfatiche. Non rimane perciò che la ipotesi di una forma infiammatoria in rapporto con alterazioni degli organi vicini (fegato, cistifellea).

L'esame istologico ci orienta chiaramente e inequivocabilmente nel considerare il blocco ghiandolare che comprimeva, ostruendolo, il coledoco come una semplice iperplasia flogistica, poichè non furono riscontrate lesioni tubercolari nè luetiche. E ciò ben poteva spiegarsi per la sequela di *poussées* febbrili accompagnate da ittero, dolore all'ipocondrio di destra e consecutivo risentimento dei gangli ilari epatici.

Lo scarso miglioramento derivato dall'intervento chirurgico provenne evidentemente dal fatto che non fu possibile rimuovere completamente l'ostacolo a cagione delle aderenze che il blocco ghiandolare presentava con i grossi tronchi venosi. Inoltre come si potè col sondaggio e radiologicamente constatare, la bocca anastomotica colecistogastrica aveva mal funzionato.

Ma donde questa linfoadenite iperplastica? L'andamento clinico dell'affezione, di cui abbiamo già parlato, e più chiaramente i dati riscontrati durante l'atto operativo ci fanno propendere con quasi sicurezza nell'attribuirla ad un processo infiammatorio. Infatti le aderenze della capsula epatica alla parete addominale, quelle cicatrici ed ancor più tutto il sistema ghiandolare dell'ilo epatico formante un blocco indivisibile e con molteplici, tenaci e fitte aderenze agli organi vicini non possono essere attribuiti che ad un processo infiammatorio piuttosto vivace degli organi contenuti nei quadranti superiori dell'addome e specificatamente del fegato e delle vie biliari.

Passando d'altra parte a considerare le varie possibilità diagnostiche, si può facilmente escludere per l'anamnesi, l'età e il decorso, una cirrosi allo stadio preascitico, così pure

il morbo di Hanot per i caratteri dell'ittero e della splenomegalia. Per una epatosplenomegalia luetica manca il dato di laboratorio essendo risultata la R. W. negativa più volte.

D'altra parte i caratteri della periepatite, la presenza di aderenze non stanno per la lues ma, come già si è detto, per un processo flogistico.

La linfadenite iperplastica cronica semplice rimane quindi a dominare il quadro quale lesione infiammatoria consecutiva a fenomeni flogistici acuti e ripetuti della cistifellea e delle vie biliari, come lo dimostrano clinicamente i periodi febbrili, che a più riprese il P. presentò accompagnati da dolore epatico ed ittero.

L'asportazione il più possibile completa del blocco glandolare è in tali casi la cura migliore, e senza dubbio i risultati nel nostro soggetto sarebbero stati di gran lunga superiori se le aderenze con i grossi vasi non ne avessero impedito l'ablazione totale.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su di un caso di linfadenite iperplastica dell'ilo epatico con consecutivo ittero da stasi.

BIBLIOGRAFIA.

Faccini. *Ittero cronico da tubercolosi delle ghiandole linfatiche del legamento epatoduodenale.* Estratto Atti della Società Med.-Chir. di Padova, 15 giugno 1923.

Pototsching. *Ittero cronico da tubercolosi delle ghiandole del legamento epatoduodenale.* Arch. It. di chirur., vol. 6, fasc. 3, 1923.

Sergent E. *Traité de patologie médicale et thérapeutique appliquée.* XII. *Foie et pancreas.* A. Maloine et Fils, éd., Paris, 1923.

Huebsch. *Chronicher Ikterus d. Kompression einer Tuberkul. Lynphdrüse.* Zentralblatt f. Chir., XIII, 1922.

Ciaprini *Una rara causa di errore nella diagnosi di calcolosi delle vie biliari.* Policlinico, Sez. Chir., 1924, fasc. 11, pag. 565.

Orth. *Chronischer Ikterus d. Kompression Tuberkul.* Lymphdrüse Zentralbl. f. Chir., 48, 1922.

Un caso raro di duplice cistifellea, con doppio dotto cistico, in uno dei quali trovasi un calcolo.

Dott. Enrico Petrina,
Foiano della Chiana (Arezzo).

C. M., nata a termine.
Madre, per malattia imprecisabile, morta.
Mestruata a 15 a., periodi mestruali regolari.
Soffriva spesso di tonsilliti.
Maritata con uomo sano, due anni addietro. Un aborto al III mese. Non ha avuto altre gravidanze.

Da due anni la p. avvertiva dolori a fascia che si iniziavano all'epigastrio e si irradiavano ai lombi, specialmente dopo i pasti e della durata di molte ore. Detti dolori, si sono protratti ininterrottamente tanto da costringere l'inferma a sottoporsi a cure mediche e dieta lattea, ma nulla ricavò da tali cure.

Mai vomito.

Perdurando detti dolori senza alcun miglioramento per le cure fatte, ricorse in questo Ospedale.

E. O. Esame del torace, negativo. Cuore nei limiti normali, toni netti. Fegato nei limiti. Milza id.

Nulla si riscontra a carico dello stomaco anche all'esame radioscopico.

Punto cistico non dolente.

La pressione profonda nel punto di M. B. risveglia dolore che si irradia allo epigastrio.

Esame delle urine negativo.

Nulla a carico della colonna vertebrale.

La p. che ha da molto tempo dolori addominali molto fastidiosi reclama l'operazione per essere liberata dalle sue sofferenze.

Date le sofferenze della p. e il dolore alla palpazione in corrispondenza del punto di M. B., si formula diagnosi di appendicite cronica e si decide l'operazione, prefiggendosi però di fare contemporaneamente una esplorazione dei visceri addominali.

Operazione il 10-12-1929. Rachianestesia con stovaina 0,07. Laparotomia transrettale a D. con punto medio in corrispondenza della cicatrice ombelicale. Si trova l'appendice normale; introdotta allora la mano destra nella cavità addominale si ispezionano tutti i visceri. Nulla a carico di tutti gli organi addominali, genitali compresi. La vescichetta biliare è flaccida e libera da calcoli; introducendo un dito nel forame di Wislow e stringendo fra due dita il peduncolo epatico e scorrendo con le dita stesse lungo questo, si sente a un certo punto scattare fra le dita una tumefazione della grandezza di un vago di pepe.

Sembra da principio trattarsi di un ganglio, ma pungendo con un ago retto armato su una pinza, si constata che trattasi di calcolo che trovasi nel punto di sbocco del cistico nell'epatocoledoco.

Si incide il peritoneo pericistico e si distacca la colecisti dal fegato, mentre un aiuto ne tiene fuori il lobo D. Non si trova un piano di clivaggio e la dissezione è malagevole sia per i grossi vasi sia per il tessuto connettivo (cicatriceo) tra fegato e colecisti.

Non si riesce in nessun modo ad isolare il cistico per cui si giudica conveniente di asportare la cistifellea lasciando un monconcino.

Il calcolo sta al di là del punto dove cadrebbe la sezione del cistico, quindi si cerca di ricacciarlo verso il segmento da asportare, ma ciò non riesce ed allora si incide sul calcolo e si asporta questo, si sutura con catgut la breccia e si asporta la cistifellea sezionando il cistico nel punto detto, legandone il moncone. Drenaggio della loggia sottoepatica. Sutura normale della parete.

Il decorso è stato semplice e la p. dopo 25 giorni ha lasciato l'Ospedale completamente guarita.

La cistifellea presenta una parete superiore

(epatica) molto spessa e piuttosto ipertrofica e una parete inferiore sottile da cui trasparisce bile internamente.

Incisa la parete superiore più spessa, si trova una cavità esente da tracce di bile, con superficie interna un po' rugosa, detta cavità si segue sino in basso e si trova che sbocca in un dotto a pareti ispessite, anche esso è senza tracce di bile.

Si incide quindi la parete inferiore, che ha aspetto di cistifellea normale, e nella cavità vi si trova bile, seguendo questa seconda cavità si trova un secondo dotto a pareti normali; anche questo è sporco di bile. Un setto mediano resistente divide completamente le due cavità, mentre i due dotti hanno pareti proprie.

Non si può dire, perchè non è stato possibile vedere, se i due dotti sboccassero separatamente nel dotto principale, però tutto fa supporre che così sia stato e fa pensare che il calcolo stesse incuneato nel dotto più ispessito e che le pareti ispessite retratte e la mancanza di bile della cavità superiore fossero conseguenza della calcolosi stessa, come sempre avviene nella colelitiasi.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso, piuttosto raro, di duplice cistifellea e dotto cistico, con retrazione di una di esse per calcolo incuneatosi nel relativo cistico.

NOTE E CONTRIBUTI.

A proposito di "Particolari modificazioni del quadro eberthiano in epidemie attuali".

Dott. VENTURA ETTORE - Magenta (Milano).

Sotto questo titolo, l'aiuto della Scuola medica di Catania, ha pubblicato sul *Policlinico* (Sez. pratica), n. 44 del 1929, alcune note, che m'inducono a rendere pubbliche le mie, che fin dal 1925, vado raccogliendo, analoghe nelle conclusioni a quelle dell'egregio autore.

I malati di tifoparatifocoli, presi in istudio, sommano ad 80.

L'emocultura venne praticata, nel periodo di maggiore piressia, al letto dei pazienti; e, poichè questi abitavano talvolta più di qualche chilometro lungi dal mio laboratorio, i tubi ed i matracci innestati venivano mantenuti, durante il tragitto, a T. di circa 37° C.

La ricerca emoculturale, troppo di frequente, tardiva, perchè tardiva fu la chiamata del medico o perchè i famigliari, di leggieri, sulle prime, s'opponevano all'esame, venne esperita in solo quattro, avanti il 10° giorno; la maggior parte dopo il 15° ed in dieci oltre il 20°. Malgrado le difficoltà ed i ritardi, l'emocultura riuscì positiva, quasi sempre alla prima ricerca, in 75 malati su 80; ed, in quasi tutti, assai precocemente: appena oltre la 12ª ora; qualche rara volta verso la 16ª; nei vecchi, spesso tarda, oltre le 24; in uno di 73 anni, in cui la malattia assunse decorso gravissimo con esito fausto dopo il 3° giorno. Le identificazioni, avvalorate dalla prova agglutinante, misero in evidenza: il b. Eberth in 72 casi; il b. paratifo B in 2; il b. coli in 1.

La sierodiagnosi, esperita con ceppi di altri miei malati e dell'Ist. sierot. mil., la prima volta, con l'emocoltura, fu sempre negativa, avanti il 18° giorno; in due anche oltre il 20°.

Tutte queste prove richiesero molta cura e sacrificio da parte mia e d'un aiuto, esperto in tal ordine di ricerche, poichè fu soldato di sanità, durante il periodo bellico, presso il laboratorio del prof. Pezzi, allora direttore dell'Ospedale militare per malattie infettive: Mantegna in Milano.

Per quanto riguarda il decorso clinico, rilevai un fenomeno già risaputo: della nessuna correlazione tra la precocità o l'intensità dell'emocultura e della sierodiagnosi ed il decorso più o meno grave.

Il decorso fu spesso, in vario modo, atipico; povero o muto di sintomi; non sempre grave, malgrado la setticemia tardiva, svelata dall'emocultura. È da parecchi anni, fino dalla guerra, che non siamo più usi vedere, se non raramente, la sindrome classica del tifo. Più d'un malato, con emocultura positiva, fu, con non lieve fatica, tenuto a letto, poichè il paziente accusava euforia completa; in più d'uno la T. non raggiunse mai i 39°; la roseola comparve solo in tre casi, di cui in due appena accennata.

Ma, per vero dire, qualche rara volta, il decorso fu grave, quasi proprio del tifo classico. La mortalità s'aggirò intorno al 12 %; la morte avvenne in sei, nei primi giorni, per lo stato tossico; più spesso, per complicazioni, in ordine di frequenza: per broncopneumonite; peritonite perforativa, troppo spesso, molto subdola; melena. Assurse a valore di diagnosi, perchè reperto quasi costante, il tumore splenico con le sue caratteristiche semeiologiche, ma che da solo, senza l'ausilio dell'emocultura, non sempre valse a dirimere, nei primissimi giorni e con sintomatologia scarsa o muta, l'infezione influenzale.

Da quanto è stato detto, scaturisce la somma importanza dell'emocultura, che assume tutto il valore pratico, di gran lunga superiore, perchè indubbio, a quello che perde la sierodiagnosi, perchè tardiva.

Ognun sa quanto sia difficile, per non dire impossibile, la diagnosi, senza l'aiuto del laboratorio, d'infezione tifoide, non solo nei pri-

mi giorni, ma anche a decorso inoltrato, troppo spesso incerta; resa ancora più ardua dalle molteplici forme atipiche. Ed ancor più ardua riesce la diagnosi differenziale con altre malattie, che offrono, all'inizio, reperto organico quasi nullo o di dubbia interpretazione: febbre da tub. occulta, tub. acuta miliare, febbre ondulante, tifo esantematico, endocarditi acute o lente, setticemie diverse, malaria da *plasmodium praecox*. D'altra parte, ognun sa la somma importanza della diagnosi precocissima e della differenziazione tra gruppo tifo e paratifocoli; sfumature cliniche si leggono in descrizioni nosografiche, che non hanno poi valore alcuno al letto del paziente.

Non è vero che sia difficilissima la tecnica dell'emocultura, alla portata di qualunque medico, cognito di cognizioni bacteriologiche, quali si possono imparare presso i Corsi accelerati di molti Istituti e con il corredo d'un piccolo laboratorio, di cui dovrebbe essere fornito ogni medico modesto, quale, di fatto, sono io. Come più volte auspicarono illustri clinici, i Comuni, le Opere di assistenza dovrebbero porgere aiuto ai medici pratici di buon volere, poichè se una difficoltà, esiste, quella è certamente l'economica.

Il mezzo colturale, che meglio mi corrispose nell'emocultura del gruppo tifoparatifocoli, fu la bile con peptone e glucosio, che ognuno può, di leggieri, allestire; e che ha il vantaggio di tosto scriminare il b. del tifo dai b. paratifocoli. Ottima l'emocultura in brodo, secondo Castellani; ma, oltre che essere facile l'inquinamento per la distanza del malato dal laboratorio e più tardiva nell'esito, richiede maggiori prove d'identificazione.

RIASSUNTO.

In 80 casi di tifoparatifocoli, presi in esame dal 1925 al 1929, si rilevarono le seguenti modificazioni nella sindrome classica: ritardo spiccato nella comparsa della sierodiagnosi; mai prima del 18° giorno; prolungamento della setticemia, oltre il 20° giorno, svelata dall'emocultura.

A queste modificazioni, corrispose un decorso clinico, assai spesso, variamente atipico, con mortalità alquanto inferiore alla media.

Se ne deduce qual corollario: il massimo valore pratico, per la diagnosi, dell'emocultura e la necessità di questa ricerca, che dovrebbe ormai entrare nel novero delle cognizioni comuni, perchè alla portata, come dimostrano queste note, di qualsiasi medico di buona volontà.

LEZIONI.

Il bambino nervoso.

(C. POTOTZKY. *Deut. med. Wochenschrift*, 15 agosto 1930).

Il concetto di *bambino nervoso* viene applicato dal pratico a tanti disturbi ed a tanti quadri clinici di origine così diversa, che mi sembra opportuno di additare, sulla base della mia esperienza, un indirizzo per il differenziamento causale dei diversi quadri clinici che sono connessi con questo concetto. L'errore principale in questo campo consiste in ciò che si tende per lo più a identificare ogni disturbo con una malattia invece di considerarlo semplicemente come un sintomo. Lo stesso accade per uno dei maggiori crucci del pediatra, all'enuresi che anche oggi viene considerata e trattata da alcuni autori come una malattia a sè mentre essa, in realtà, non è che una reazione di un determinato tipo nervoso costituzionale. Non è più lecito al giorno d'oggi, come si faceva qualche anno fa, il collocare l'uno accanto all'altro i diversi tipi costituzionali e curarli soltanto sintomaticamente, trascurando i momenti causali. Anche in pediatria, il concetto unificatore della neurosi lamentato da Reichard, ha introdotto non poca confusione.

Identificare il tipo fondamentale e dirigere secondo questo la terapia: tale deve essere la massima per la diagnosi ed il trattamento del bambino « nervoso ».

Prima regola per un conveniente andamento delle ricerche deve essere quella di osservare, oltre al bambino, il contegno verso di lui di chi lo accompagna, nel momento stesso che entra nella stanza del medico.

Ancor meglio sarebbe compiere tale osservazione già nella stessa stanza di attesa, quando il bambino e chi lo accompagna non si sentono osservati. Tali stanze di osservazione (per i soli bambini) sono allestite in America; altrettanto, se non forse più importante è l'osservazione della persona che accompagna il bambino, specialmente la madre, poichè in tal modo ci si orienta rapidamente sui diversi difetti dell'educazione. Ben poche sono le madri che riconoscono le loro mancanze in fatto dell'educazione del proprio bambino, rigettando invece tutta la colpa sul padre (e viceversa!). E mentre si raccoglie l'anamnesi, la parola « nervoso » ricorre assai frequentemente; essa è poi usata tanto spesso nell'ambiente famigliare che, poco tempo fa chiedendo ad un bambino che cosa avesse, mi sono sentito rispondere: « ma io sono nervoso ».

Tali osservazioni devono essere registrate dal medico il quale non deve trascurare nessun sintomo per piccolo che esso sia. La mimica del bambino, la sua andatura (p. es., spastica), tutto il corpo (specialmente il cranio tenendo

presente la rachitide), i caratteri costituzionali di Kretschmer, i tipi di Sigaud (cerebrale, muscolare, respiratorio, digestivo), l'*habitus* di Stiller, ecc.

L'orientamento delle ricerche deve essere ad un tempo neurologico, psichiatrico e pediatrico e sarebbe molto utile che si venissero formando dei medici contemporaneamente psichiatri e pediatri. D'importanza essenziale è il poter giudicare se il bambino è di animo e di spirito normali ed in quale grado egli è deviato dalla norma. Un'altra questione assai importante per la terapia è quella di conoscere in quale tipo costituzionale va inserito il bambino ed in quale rapporto stanno i fattori endogeni (costituzionali) ed esogeni (educazione, ambiente) nella genesi del disturbo.

Fra i metodi psicologici di ricerca vanno adottati quelli della psicologia applicata ed in qualche caso quelli della psicoanalisi. Fra i metodi biologici non va dimenticata l'osservazione microscopica dei capillari che, usata con prudenza, fornirà utili dati.

Dalla connessione della psicologia e della biologia si avranno importanti segni per il riconoscimento di debolezza mentale e di psicopatia e per differenziare i fattori endogeni dagli esogeni. La preferenza per l'uno o l'altro metodo di ricerca dipenderà dall'abito mentale del medico; ma si tenga presente che soltanto con l'uso di entrambi si potrà arrivare ad un giusto giudizio diagnostico.

L'A. insiste sull'osservazione microscopica dei capillari, nella quale si deve fare attenzione anche al tessuto circostante se cioè sia normale od imbevuto e rigonfio, senza dare agli « archicapillari » il significato diagnostico per l'imbecillità che alcuni attribuiscono loro. È però necessario distinguere, secondo la loro forma, i neocapillari ed i capillari ipoplastici; per i primi, si deve fare attenzione alle condizioni anormali di circolazione o di stasi nonchè alla formazione contorta, tutte caratteristiche di disturbi vaso-neurotici-neuropatici. Le forme ipoplastiche che si osservano nei primi 6-8 mesi di vita ma che nei prematuri persistono più a lungo, sono caratteristiche dei disturbi fetalistici, che si hanno nei bambini organicamente ipoplastici o rimasti a bassi gradi dello sviluppo psichico.

Il « fetalismo » si osserva nell'80-90 % dei prematuri; nei fetalisti, vi sono anche altre alterazioni cardiovascolari, come, p. es., nell'elettrocardiogramma, l'abnorme altezza della dentellatura Jp, in confronto della J (R). In questi fetalisti, vi è una particolare disarmonia psichica, per cui in uno stato generalmente buono dello spirito vi sono delle deficienze in qualche funzione psichica. Si osservano in questi bambini delle incongruenze variabili che, talvolta, sono tanto caratteristiche da far porre senz'altro la diagnosi di « fetalismo ».

Importanti sono anche le modificazioni del tessuto circostante (quali l'apparenza vitrea del corion, la stasi abnorme delle vene del plesso sottopapillare) che indicano delle modificazioni mixedematose, e si osservano in casi di imbecillità endocrina curabili con l'adatta terapia. Su tali basi si può stabilire la diagnosi differenziale fra casi di mongolismo endocrino o non, diagnosi importante dal punto di vista prognostico come terapeutico.

Si viene così differenziando il bambino psicopatico (senza reperti capillaroscopici) da quello pseudopsicopatico, il quale è invece soltanto neuropatico, patocrino o fetalistico; differenziazione che ha grande importanza per la prognosi e la terapia.

Di grande significato è anche lo studio dei disturbi del sonno che l'A. ha studiato in connessione con il tipo costituzionale. Per essi, il rapporto dei bambini neuropatici (vasoneuritici) a quelli fetalistici e patocrini è di 8:5:3, mentre il rapporto dei neuropatici agli psicopatici è di 5:3. Gli psicopatici rappresentano quindi soltanto il 60 % dei neuropatici, mentre si riteneva un tempo che rappresentassero il 90 %.

I gruppi principali dei bambini nervosi.

Dal punto di vista clinico e con l'aiuto della capillaroscopia si possono distinguere i seguenti gruppi endogeni (costituzionali): 1) Neuropatici; 2) Psicopatici; 3) Fetalistici; 4) Patocrini. Ogni gruppo è differenziabile capillaroscopicamente (gli psicopatici per esclusione) e quindi deve essere curato diversamente.

Nel bambino psicopatico, si potrà stabilire il grado di debolezza mentale mediante i metodi psicologici. Fra i deboli mentali si possono distinguere (per mezzo della capillaroscopia) quelli con o senza note endocrine, il che è importante specialmente per le forme fruste.

In ogni caso, si vedrà di stabilire l'eziologia con un'accurata anamnesi, esami di sangue, puntura lombare eventualmente encefalografia; non si trascureranno le ricerche più propriamente pediatriche (rachitismo!). Non si dimentichi che già nell'età infantile si possono avere psicosi, come la demenza precoce e la ciclotimia; l'epilessia può mostrarsi anche in tenera età; nella età scolastica, uno dei segni ai quali si deve fare più attenzione è la poriomania.

La ricerca psicologica va diretta a stabilire la personalità come un tutto e nei suoi rapporti col mondo esterno, per cui saranno molto utili le ricerche psico-analitiche e della psicologia individuale. Sono stati particolarmente studiati alcuni tipi di bambini; il figlio unico, quello isolato nella serie degli altri fratelli, quello contrastato dopo il divorzio dei genitori e così via. Evidentemente, non bastano i momenti esterni per lo sviluppo di una neurosi, per la quale è necessaria la disposizione costituzionale. Gli autori americani ritengono invece che delle psicopatie infantili si debbano soprattutto

incolpare dei difetti di educazione; indubbiamente, anche senza valutare eccessivamente i momenti esogeni, è necessario tenere nel debito conto le condizioni dell'ambiente (famiglia, scuola) in cui è vissuto il bambino.

Un'altra ricerca a cui si dà ora grande importanza è quella dei *test*. Si deve però guardarsi dall'attribuire ad essi un significato eccessivo, mentre vanno considerati soltanto come ausiliari. Essi sono certamente necessari per chi non ha molta pratica, in quanto che in tal modo si può analizzare meglio il caso.

Altra considerazione che va tenuta presente si è che i *test* sono da considerarsi soltanto come un mezzo qualitativo e non già trarne delle determinazioni quantitative. Essi si limitano a riconoscere il grado d'intelligenza, di volontà, del sentimento etico. Il concetto di intelligenza è di difficile definizione; praticamente, sarà utile la distinzione fra intelligenza teoretica e pratica.

I *test* sono stati aggruppati nella nota scala di Binet e Simon, modificata da Robertag. Così, p. es., un bambino di 3 anni deve saper ripetere una proposizione di 6 sillabe, indicare i nomi dei familiari; uno di 8 anni deve conoscere, nella lettura, il punto principale, nominare 4 colori, contare all'indietro da 20 ad 1; quello di 10 comporre 2 proposizioni con 3 parole, conoscere tutte le monete, ecc.

Anche questi *test* debbono essere applicati con discernimento, tenendo il debito conto dell'ambiente in cui è vissuto il bambino, dell'educazione, ecc. Altri *test* sono stati recentemente proposti da C. Bühler e dalla sua scuola.

Un altro metodo psicologico di ricerca è costituito dalla ricerca dell'associazione, giudicando dalla parola che viene data in risposta a quella che serva da eccitatrice; il contenuto della parola di reazione, la ripetizione, il tempo di latenza fra la domanda e la risposta possono condurre a scoprire dei sintomi caratteristici e psico-patologici.

Le prove sulla volontà sono malagevoli da seguire secondo uno schema unico rappresentando la volontà una funzione complessa; meglio conduce allo scopo l'osservazione ed il giudizio sulle azioni.

Così pure va soggetta a molte critiche la prova del sentimento etico e le risposte a domande in tal senso vanno più che altro valutate come prove d'intelligenza.

LA TERAPIA DEL BAMBINO NERVOSO.

Va soprattutto basata sulla causa, pur dovendo essere anche sintomatica. Secondariamente vanno trattati i diversi tipi di reazione, come i disturbi del sonno, l'enuresi, le coliche ombelicali, l'asma.

Nel bambino neuropatico, sta in prima linea della terapia la somministrazione del calcio e dei medicamenti che ne favoriscono il metabolismo. Grande importanza ha l'idroterapia (semicupi, doccie alternate, bagni all'acido carbonico, impacchi) nonchè il bagno di aria (che non deve essere troppo freddo), mentre sono da escludersi i bagni di sole.

Per i bambini psicopatici, viene in prima linea la psicoterapia, scegliendo, secondo i casi, i metodi che vanno dalla semplice persuasione fino all'ipnosi; più che i singoli metodi, si dovrà considerare la personalità del paziente. L'A. raccomanda specialmente il metodo suggestivo ambientale, ponendo il paziente in un ambiente gradevole e rendendolo così più accessibile alla suggestione. L'ipnosi non è più usata dall'autore.

Di essenziale importanza è l'educazione, regolando e scegliendo il giardino d'infanzia, la scuola, i compagni, le letture, gli sport e, più tardi, l'occupazione. Per aumentare la capacità di concentrazione, l'A. raccomanda la « Ginnastica di concentrazione » (*Konzentrationsgimnastik*, G. Thieme, ed., Lipsia) che è una ginnastica psichica più che fisica e fornisce un grande impulso alla concentrazione.

Il trattamento sintomatico è necessario, per es., contro i tic per i quali va fatta una terapia di esercizio.

Per i bambini fetalistici, non si è ancora trovato un trattamento specifico; si tenterà di rafforzarli fisicamente e si potrà somministrare il lobo anteriore dell'ipofisi. Importante è, in questi casi, di rassicurare i genitori che la prognosi è favorevole e che questi bambini si svilupperanno poi in modo normale.

Nel bambino patocrino, si farà un'adatta terapia, specialmente tiroidea la quale (accanto al lobo anteriore dell'ipofisi) può anche essere utile in altre forme di debolezza mentale; talvolta in questi bambini può essere giovevole la röntgenterapia.

In tutti i casi è poi necessario un trattamento pedagogico e può essere assai utile il cambiamento d'ambiente, fatto però con grande discernimento.

In complesso, per la diagnosi e la terapia del bambino nervoso, si dovrà sempre badare ad una rigorosa individualizzazione la quale sola potrà dare in questo campo dei risultati.

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

L'ulcera gastrica e duodenale perforante.

(J. H. WATSON. *Brit. Med. Journ.*, 2 ag. 1930).

La perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale, specie di quest'ultima, è divenuta più frequente negli ultimi anni. Si verifica più spesso in quegli individui che per ragione del loro mestiere o delle loro abitudini sono meno regolati nei pasti o intemperanti.

La peritonite conseguente alla perforazione dell'ulcera è generalmente meno grave di quella dipendente dall'appendicite perforante. E' meno virulenta, perchè il contenuto dello stomaco e del duodeno poco dopo i pasti diventa praticamente sterile e perchè i dispeptici cronici, quali sono gli individui cui capita tale accidente, ingeriscono solo piccole quantità di alimenti non pesanti. Pertanto, quando avviene la rottura, il versamento è per lo più sterile. E' a notare, comunque, che la tossicità del versamento è dipendente dal tempo nel quale esso si verifica. Le perforazioni che avvengono a processo digestivo avanzato sono più o meno innocue in rapporto alla scarsa quantità e poca virulenza dei batterii. Quando invece la rottura avviene subito dopo l'ingestione abbondante di alimenti, la grande quantità di materiale versato determina una forte reazione da parte del peritoneo e facilmente l'infezione.

Le ulcere perforanti possono essere classificate in due classi: piccole ulcere con scarso indurimento e grandi ulcere callose che determinano deformazioni più o meno notevoli ed impedimento allo svuotamento dello stomaco.

La quantità di liquido versata nel sacco peritoneale è in rapporto al tempo nel quale si è verificata la perforazione ed alla sede della ulcera. Quelle duodenali dànno in genere un versamento più abbondante di quelle gastriche, in rapporto al fatto che le perforazioni duodenali sono più ampie ed alla concomitante stenosi che impedisce il passaggio degli alimenti. Negli individui nervosi lo spasmo pilorico fa aumentare la quantità del versamento.

Il contenuto gastrico è molto più irritante di quello duodenale.

I caratteri del versamento variano a secondo dell'epoca nella quale si fa la laparotomia.

Oltre al contenuto gastrico e duodenale con notevole quantità di muco, si può trovare bile. Raramente si osservano particelle indigeste di alimenti. La quantità di gas è variabile.

Quando l'essudato peritoneale diventa purulento, il che di regola avviene dopo sei ore, si constata la presenza di stafilococchi, streptococchi e coli virulenti.

I sintomi fondamentali della perforazione di un'ulcera gastrica o duodenale sono:

1) Inizio improvviso con dolore di estrema intensità, che assorbe tutta l'attenzione del paziente.

2) Dolenzia profonda diffusa della parete addominale.

3) Rigidità precoce, intensa, lignea, della muscolatura addominale.

Oltre a ciò si ha:

1) polso lento, ampio, con tensione normale o leggermente aumentata;

2) temperatura subnormale o normale;

3) nausee e vomiti nella maggioranza dei casi.

4. Respirazione superficiale e frequente, a tipo toracico superiore.

Sintomi meno costanti sono: iperalgesia superficiale, dolore scapolare, pallore ed infossamento della faccia, sudore alla testa ed al petto, pneumo-peritoneo, aumento dell'aia di ottusità epatica. Il paziente è per lo più irrequieto, si lamenta fortemente per il dolore, qualche volta è irrigidito in posizione supina a gambe flesse.

La presenza di liquido libero nell'addome, il meteorismo, il raffreddamento dell'estremità, i sintomi dello shock profondo e della tossiemia, sono segni tardivi e di pessimo presagio.

Molto si è discusso sull'origine dell'intenso dolore epigastrico. Sappiamo che i visceri non sono suscettibili agli stimoli che agiscono comunemente su i ricettori superficiali e che essi sono insensibili alle varie forme di eccitazione (meccanica, termica, elettrica). D'altra parte nelle condizioni ordinarie le reazioni che avvengono nei visceri non sono apprezzate dalla coscienza e gli stimoli abnormi provocano di solito sensazioni riferite in aree somatiche lontane dal punto stimolato.

Il dolore dell'ulcera gastrica o dell'improvvisa sua rottura è verisimilmente prodotto dalla contrazione della tunica muscolare liscia. Si tratta, cioè, di un dolore prodotto da uno stimolo *vitale*, come lo chiama Mackenzie. Questo stimolo produce un dolore riferito in determinate aeree della superficie cutanea, e proporzionatamente alla sua intensità si diffonde ad altri centri viscerali del sistema nervoso centrale, producendo disturbi vasomotori, cardiaci, respiratori ed altri riflessi.

Hughson ha dimostrato con esperimenti su i cani che lo spasmo del piloro nelle affezioni addominali è prodotto dall'irritazione della superficie peritoneale. Nella perforazione di un'ulcera, quindi, l'improvviso contatto del liquido irritante con il peritoneo determina un violento pilorospasmo attraverso vie vagali e simpatiche. Per altro gli esami fluoroscopici hanno messo in evidenza che negli individui affetti da ulcera gastrica le crisi dolorose spesso coincidono con le contrazioni peristaltiche della porzione pilorica che tentano di svuotare lo stomaco attraverso il piloro contratto.

I reperti riscontrati alle operazioni chirurgiche confermano questi punti di vista.

Il pilorospasmo provocatore del dolore dipende da un'eccessiva attività dei nervi dello stomaco e del duodeno. Gli stimoli abnormi provocano un focolaio d'irritazione nel midollo spinale (dal settimo al dodicesimo segmento dorsale). Questo stato d'ipereccitabilità agisce sulla recezione e la conduzione dei vari impulsi regionali, per modo che un impulso tattile ordinario, passando attraverso il centro alterato, viene così esagerato da destare nella coscienza un'impressione dolorosa.

Inoltre gli stimoli viscerali afferenti possono diffondersi a centri della sensibilità somatica provocando i dolori riferiti o a centri di altri visceri dando sintomi riflessi di altre lesioni organiche.

Contrariamente a quel che viene generalmente affermato, il polso nella perforazione dell'ulcera duodenale o gastrica non è nel primo stadio cattivo. Esso è lento e pieno, mentre la pressione è normale e leggermente aumentata. Solo più tardi il polso diventa piccolo e vuoto.

Per quel che riguarda la nausea ed il vomito è a rilevare che in tutti i casi di pilorospasmo e dolore epigastrico c'è un'inibizione riflessa del cardias per influenze simpatiche e che nello stesso tempo si ha una contrazione dei muscoli della parete addominale. Ma questi fatti non sono spasmodici, così che in effetti il vomito può essere leggero o mancante e tutto ridursi alla secrezione abbondante di saliva viscida.

La respirazione frequente e superficiale è dovuta alla fissazione delle parti basse del torace da spasmo degli ultimi intercostali e della porzione periferica del diaframma (innervata dagli intercostali).

Gli altri sintomi ascessori (pallore ed infossamento del viso, sudore della faccia e del petto, riflessi pilomotori, midriasi, ecc.) si spiegano con la diffusione dell'eccitazione a centri nervosi più o meno vicini per modo che si hanno abnormi reazioni vasomotorie, secretorie, pilomotrici e pupillari.

Il trattamento unico ed urgente della perforazione dell'ulcera duodenale o gastrica consiste nell'intervento chirurgico.

DR.

L'azione patogena di alcuni protozoi parassiti intestinali.

(A. HOROWITZ, I. SAUTET e G. TERRIAL. *Arch. App. Digestif*, n. 5, maggio 1930).

Sull'azione che esplica l'ameba dissenterica nell'intestino si è scritto abbastanza; esistono tuttavia dei casi in cui i disturbi subbiettivi e l'esame clinico deporrebbe per una dissenteria amebica, senza che tale diagnosi possa essere confortata dal reperto positivo nelle feci, come esistono casi in cui altri protozoi possono simulare tale forma morbosa.

Gli AA. riferiscono le storie di due gruppi di ammalati. Il primo gruppo, di tre casi, è costituito da malati che da anni soffrono di disturbi intestinali paragonabili a quelli prodotti dalla dissenteria amebica; l'esame delle feci invece ha mostrato presenza, talora abbondante, di *entamoeba coli, chilomastix mesnili, giardia intestinalis, endolimax nana*, ecc.; tali parassiti hanno ceduto ad una leggera cura con arsenico trivalente.

I due casi del secondo gruppo avevano gli antecedenti e la storia clinica d'una dissenteria amebica, ma gli esami ripetuti non furono positivi per l'*ameba hystolitica.*

Nella discussione dei casi gli AA. si domandano quale valore si può attribuire agli altri protozoi nella produzione della sintomatologia clinica.

Sono passati in rassegna i caratteri biologici di diverse forme di protozoi riscontrate, e sono valutate le loro azioni nella patogenesi delle alterazioni intestinali. Come conclusione emerge che è molto difficile poter stabilire l'azione patogena dei diversi parassiti intestinali; probabilmente alcune condizioni speciali di ambiente e di momento favoriscono lo sviluppo ed il potere patogeno di alcuni di essi; possono tuttavia essere causa dei disturbi intestinali altri batteri o le modificazioni chimiche dell'ambiente, senza alcun intervento dei parassiti nominati, anche quando la scomparsa dei disturbi coincide con quella dei protozoi.

L'assenza di *ameba hystolitica* nelle feci non esclude la presenza di tale parassita nell'intestino, tenuto conto dei periodi negativi nei protozoi.

Come terapia si ricorda che l'emetina agisce sulla dissenteria amebica, sulle *pseudolimax bütschlii* e le *dientamoeba fragilis;* l'arsenico pentavalente (stovarsolo) sulle altre forme di protozoi, eccetto che sulle *giardia* o *lamblia intestinalis*, refrattarie ad ogni terapia.

CARUSI.

Le coliti da parassiti microscopici.

(G. LYON. *Le Bull. Med.*, n. 33, agosto 1930).

I parassiti microscopici che possono produrre disturbi intestinali, eccetto l'amebiasi di cui si conoscono i caratteri clinici, sono le lamblie, le tricomonas, i tetraminus Mesnili, il balantidium coli, alcuni spirilli, ecc. Tuttavia è difficile poter stabilire il potere patogeno di ciascuno di essi, ospiti abituali dell'intestino.

Il parassita che, dopo l'*ameba hystolitica* è stato più studiato e che dà delle coliti simili a quel parassita, è la lamblia: oggi è ammessa da tutti in generale l'enterite da lamblia.

Il carattere particolare di tale parassita è costituito dal suo *habitat;* esso si trova nel duodeno, lungo tutto il tratto dell'intestino,

nella vescichetta biliare e nella bile, e pertanto può dare, oltre i disturbi colitici, anche lesioni a carico della cistifellea e delle vie biliari.

Il contagio più frequente è quello indiretto: con gli alimenti, con l'acqua potabile, per le mosche; è ammesso però anche il contagio diretto.

I sintomi non hanno nulla di caratteristico; sono quelli di una enterocolite, con diarree alternate a stipsi, con feci mucose; dolori lungo il colon, meteorismo; lo stato generale ne soffre, tanto da poter sospettare talora una tubercolosi intestinale.

Il decorso è cronico, interrotto da crisi acute d'enterite di tempo in tempo.

Allorchè la lamblia si localizza nelle vie biliari, si può riscontrare subittero, dolori cistici simili alle coliche epatiche ed attribuite alla colicistite. L'esame della bile, secondo la tecnica di Meltzer-Lyon, può svelare la vera natura della colecistite.

In conclusione, non vi sono segni sicuri per la diagnosi, la quale deve essere confermata dall'esame delle feci o della bile.

I disturbi intestinali dovuti agli altri parassiti sono più incerti, e quindi bisogna ricorrere al controllo biologico per l'esatta diagnosi.

Il trattamento di queste coliti riposa sull'uso dell'arsenico pentavalente, il quale è l'unico medicinale più efficace. Più difficile a curare sono le localizzazioni della lamblia nelle vie biliari; è stato consigliato d'introdurre con la sonda una soluzione arsenicale, dopo evacuazione della bile con solfato di magnesia.

Carusi.

Ostruzione intestinale cronica di tipo segmentario.

(J. W. Draper e R. K. Johnson (*Jour. A. M. A.*, n. 10, 1930).

Esiste analogia tra l'ostruzione segmentaria prodotta sperimentalmente nei cani e quella congenita nell'uomo.

Sperimentalmente si è inoltre dimostrato che le ostruzioni segmentarie con devitalizzazione del tessuto sono molto più tossiche che le semplici ostruzioni dovute ad interruzione allo stesso livello.

Nei cani la devitalizzazione di anse escluse è il resultato dell'ischemia prodotta dalla pressione interna; nell'uomo, invece, una forma omologa di devitalizzazione è generata dall'ischemia resultante dalla pressione omentale esterna.

La ricerca clinica nell'uomo ha dimostrato che le ostruzioni segmentarie dovute a pressione congenita divengono croniche nonostante la devitalizzazione incompleta dei tessuti e la concomitante diffusione dei prodotti tossici.

La costipazione abituale, ossia la cosidetta stasi intestinale, è di importanza relativamente piccola nella produzione del cronico cattivo funzionamento dell'intestino.

Sperimentalmente è stato dimostrato che la dilatazione del ceco è secondaria a ostruzione parziale del retto, e che la dilatazione del duodeno è secondaria ad ostruzione parziale dell'ileo terminale. Orbene, le osservazioni cliniche nell'uomo si accordano con tali reperti.

La dilatazione cronica del duodeno non è però di necessità il resultato di cause meccaniche locali.

Le tossine prodottesi a causa di una ostruzione intestinale segmentaria, acuta o cronica, mostrano rapidamente una predilezione per il sistema nervoso centrale.

La compressione sul colon è d'importanza capitale, e al paragone di questa la posizione del colon e il suo dismorfismo sono praticamente trascurabili.

Nell'uomo le ostruzioni segmentarie del colon sono congenite e vengono prodotte per lo più da sviluppo patologico dell'omento.

L'importanza di tutti questi dati è rappresentata dal fatto, secondo gli autori, che tali ostruzioni segmentarie sono suscettibili di venire diagnosticate e curate chirurgicamente.

M. Faberi.

Osservazioni sul tragitto degli ascaridi attraverso la parete intestinale dell'uomo.

(G. Moretti. *Pathologica*, n. 462, aprile 1930).

I casi del passaggio di ascaridi nei diversi organi riferiti in letteratura sono numerosi, e così pure gli svariati accidenti a cui possono dar luogo.

In un caso in cui all'autopsia fu riscontrato un ascaride nel peritoneo, l'A. ha fatto delle ricerche microscopiche per poter chiarire il modo con cui l'ascaride passa attraverso la parete intestinale.

L'opinione più accettata è quella che l'ascaride è incapace a passare attraverso una mucosa integra; occorre che preesista una lesione del piccolo tratto intestinale; questa concezione è contestata da altri osservatori.

L'osservazione istologica del caso riferito dall'A. fa ritenere che vi sia stato un vero atto di suzione da parte dell'ascaride, che abbia determinato una perforazione completa dell'intestino, lasciando tracce così piccole del suo tragitto da sfuggire non solo all'occhio del chirurgo, ma anche a quello dell'anatomopatologo.

Favorisce l'atto di suzione e quindi la perforazione un probabile meccanismo chimico, dipendente da speciali sostanze irritanti secrete dall'ascaride.

Carusi.

Tubercolosi intestinale ulcerosa guarita.

(R. Burnand, Ch.-L. Perret, M. Gilbert. *B. et M. Soc. Méd. d. Hôp.*, n. 17, maggio 1930).

Dopo i lavori comparsi sulla tubercolosi intestinale, tale malattia non si può considerare più inguaribile, e gli AA. ne riferiscono un caso la cui guarigione poggia su tre elementi: 1)

constatazione operatoria iniziale; 2) esame radiologico addominale prima e dopo cinque anni; 3) osservazione clinica per più di 5 anni.

Si tratta d'una donna di 28 anni con una voluminosa caverna al lobo sup. del polmone sinistro e numerosi focolai cavitari ed infiltrativi nel resto dell'organo.

A queste lesioni si aggiunsero disturbi a carico dell'apparato digerente, consistenti in nausee frequenti, diarree in serie intermittenti.

L'esame radiologico mostra che dopo 9 1/2 ore dall'ingestione del pasto di bario l'aspetto dei tre colon appare come un semplice tratto lineare, ed il pasto è già passato nell'ansa sigmoide. Esiste il segno quindi dell'ipercinesi, detto anche segno di Stierlin, che secondo Brown e Sampson è il segno più fedele della tubercolosi ulcerosa. Con tale reperto si pratica la laparatomia, e si trova che il cieco ed il colon ascendente e trasverso sono invasi da lesioni tubercolari infiltrative e retrattili.

Anche l'ileo presenta tutte le pareti infiltrate da tubercolomi in stato avanzato. In tali condizioni si rinuncia all'operazione sull'intestino. Da quel momento, anzichè peggiorare, la paz. migliora rapidamente della sua lesione intestinale, e la funzione rientra nel normale. Benchè negli anni successivi le sue lesioni polmonari si estendessero, la funzione dell'intestino è stata sempre perfetta; un esame radiologico fatto dopo 6 anni circa mostrò un normale riempimento del grosso intestino, senza alcuna soluzione di continuo e senza alcuna lacuna. Anche la motilità dei colon appare presso che normale, ed il segno di Stierlin è negativo.

A che cosa attribuire la guarigione? Due sono le ipotesi: o la guarigione si è ottenuta con lo stesso meccanismo che si ha nelle laparatomie per peritonite tubercolare, il che è poco probabile, dato l'estensione delle lesioni, oppure essa è dovuta all'intervento terapeutico, essendo stato somministrato carbonato di guaiacolo per bocca, e ordinata l'elioterapia addominale e generale. Probabilmente diversi fattori han concorso nella guarigione completa della lesione addominale.

CARUSI.

Gastro-enterostomia semplificata.

(VICTOR-PAUCHET, LE GAE e LUGUET. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXI, n. 15).

Gli AA. comunicano le osservazioni di tre casi recenti di gastroenterostomia operati col bisturi diatermico. Il metodo semplifica molto l'intervento. Niente pinze, niente emostasi nè apertura della cavità gastrica. Si fa un solo piano di sutura sulla incisione siero-muscolare; il solco tracciato dal bisturi sulla mucosa dello stomaco e del digiuno prepara la necrosi della mucosa la cui apertura spontanea si fa secondariamente.

L'intervento dura circa dodici minuti ed è dei più semplici. La sola difficoltà consiste ad apprezzare il grado di calore da dare al bisturi per mortificare la mucosa che si ottiene quando la sottomucosa acquista una tinta leggermente giallastra, ciò che prova che la necrosi è vicina. Il Pauchet ritiene che il bisturi elettrico è nettamente superiore al termo o galvano-cauterio per l'apertura delle pareti gastriche o intestinali.

BUCCI.

VASI SANGUIGNI.

Le arteriografie negli aneurismi artero-venosi.

(SPANGENBERG e MUNIST. *Prense Med. Arg.*, n. 1, 1930).

Dopo l'introduzione dello iodio, in special modo sotto forma di olio iodato, per la ricerca di processi patologici a carico dell'apparato respiratorio, genitale, urinario, dei tumori del sistema nervoso, tale metodo fu applicato, sebbene con risultati meno brillanti, allo studio dell'albero vascolare.

La presenza di circostanze anatomiche particolari (abbondanza di collaterali), il pericolo di embolie grassose, indusse però successivamente gli AA. americani ad abbandonare gli olii iodati e a ricorrere a soluzioni acquose di ioduro e di bromuro di sodio.

La tecnica è più difficile, ma la visibilità arteriosa è più nitida ed anche ai fini diagnostici i risultati sono migliori, tanto che oggi tale metodo è entrato nella clinica come mezzo di esplorazione della circolazione arteriale, specie nei casi di stenosi vascolari e di tumori cerebrali.

Basandosi su ciò, gli AA. hanno ritenuto interessante applicare tale metodo nella esplorazione delle lacune vascolari dei tumori telengiectasici, delle dilatazioni capillari, degli aneurismi cirsoidei, ma sopratutto nello studio degli aneurismi artero-venosi.

La tecnica adoperata è quella ormai nota: solo gli AA. insistono in un dettaglio che ritengono essenziale per ottenere una buona arteriografia e cioè, quando il vaso è messo allo scoperto, di esercitare una compressione su di esso in modo da difficoltare momentaneamente la circolazione arteriosa. In tal modo la soluzione iodurata non si diluisce eccessivamente ed offre una buona opacità ai raggi X.

In presenza di un'aneurisma artero-venoso due sono gli interventi di scelta: o sopprimere il segmento vascolare anastomotico (procedimento radicale), oppure tentare un processo conservatore, con il quale si lascia la comunicazione artero-venosa, conservando la permeabilità vascolare.

Alla prima eventualità si deve ricorrere solo quando le condizioni della lesione non autoriz-

zano a porre in esecuzione qualcuno dei metodi conservatori.

Per questi ultimi però si deve contare sull'integrità arteriale (conservazione del calibro dell'arteria) e sulla possibilità di realizzare una emostasi completa.

Certamente non saranno patrimonio di questo metodo i casi nei quali esista un sacco arteriale già costituito, o quando esista un sacco incistato iuxta-arteriale che si accompagna a distruzione più o meno estesa della parete.

Si potrà invece applicare un metodo conservatore (legatura del canale di comunicazione, sutura dell'orificio dopo la separazione dei vasi anastomotici, sutura dell'orificio per via endovascolare), in tutti quei casi nei quali vi sia integrità arteriosa e conoscenza precisa del punto dove si è costituita la fleboarteria.

Dopo tali considerazioni, si comprende di quale utilità può essere l'arteriografia nello studio degli aneurismi arterovenosi. Il riempimento dei vasi con la soluzione di ioduro di sodio permetterà di conoscere con esattezza se il tumore vibratile che si palpa, corrisponde ad un'ectasia arteriosa o ad un'ectasia venosa o arterovenosa e tale indicazione sarà preziosa per il chirurgo, perchè con la conoscenza dello stato vascolare e delle vie collaterali, caso per caso, potrà applicare il metodo operatorio più appropriato. A. POZZI.

Casi di rottura aortica guarita.

(A. LUNDBERG. *Acta medica scandinava*, 28 febbraio 1930).

In un primo caso la rottura era da attribuirsi all'urto del sangue contro le valvole aortiche dovuto ad aumento improvviso di pressione per la caduta da una certa altezza; il fatto era accaduto 54 anni prima della morte del paziente e la lesione fu riconosciuta all'autopsia.

Nel secondo caso, si era pure avuto un aumento improvviso di pressione per eccitamento sessuale, in un individuo in cui la parete aortica era indebolita da pregressa malaria e forse sifilide.

Nel terzo caso, la lesione era localizzata, non già in vicinanza delle valvole, ma nell'aorta discendente, oltre ad un'altra nell'ascendente. Si era prodotto un ematoma intramurale ed un emopericardio, che aveva agito da tampone sul cuore. La causa di quest'ultima rottura non potè essere determinata. *fil.*

Distribuzione insolita di cancrena embolica.

(M. PIULAND. *New England Journ. of med.*, 22 novembre 1929).

L'autore riferisce un caso di endocardite subacuta in cui si ebbe una cancrena delle estremità delle dita della mano sinistra. Essa fu preceduta da un periodo di assenza del polso radiale, ciò che fa pensare ad un embolo che dapprima ha occluso l'arteria ascellare, e si è poi sbriciolato, andando ad occludere coi frammenti i rami terminali delle arterie delle dita.

All'autopsia non fu trovata traccia del trombo che occludeva l'ascellare.

DORIA.

Patogenesi e terapia della diatesi angiospastica delle estremità.

(E. DOPPLER. *Med. Klinik*, 31 gennaio 1930).

L'A. riunisce in questo gruppo la claudicazione intermittente, la gangrena presenile e senile ed il morbo di Raynaud. Specialmente la claudicazione intermittente era, un tempo, attribuita a modificazioni arteriosclerotiche dei vasi. Le recenti ricerche hanno invece dimostrato che non si tratta di degenerazione grassa, calcificazione o degenerazione jalina, ma che il processo prende principalmente l'intima, di cui le cellule proliferano e vengono ad occludere completamente il lume vasale. Oltre a queste modificazioni anatomiche, vi sono anche dei fattori funzionali, quali il tono del simpatico, che porta alla vasocostrizione.

L'A. descrive tre fasi della diatesi angiospastica. Nella prima, vi è una notevole irritazione del simpatico, che provoca una compressione dei vasi, diminuzione dell'afflusso arterioso e congestione venosa. Il polso diventa debole e si ha una colorazione livida dei tegumenti. All'inizio, è conservata la sensibilità tattile, che tende a scomparire nei casi di lunga durata; la sensibilità profonda rimane intatta. La prima fase è reversibile, nel senso che la depressione del tono del simpatico provoca dilatazione delle arterie ed iperemia.

Nella seconda fase, vi è un'irritazione massima del simpatico; la compressione delle arterie è grave, le pulsazioni non sono percepibili, l'arto ha un pallore come fosse morto ed è freddo al tatto; la sensibilità tattile è compromessa od assente, quella profonda non è affetta. La condizione è estremamente penosa e, se si prolunga per alcune ore, si passa nella terza fase, di necrosi.

Per quanto riguarda la *terapia*, l'A. ritiene che la simpatectomia non costituisce il metodo migliore. È invece più adatta l'esclusione chimica del simpatico per mezzo dei derivati del fenolo. Vanno evitati l'applicazione del caldo, la diatermia, il trattamento elettrico ed il massaggio, che aumentano lo spasmo e, quindi, la gangrena. Sono dannosi i cibi molto conditi, le bevande stimolanti ed il fumare, come pure l'eccitamento nervoso. È assolutamente necessario il completo riposo.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. e F. KLEMPERER. *Neue deutsche Klinik*. Vol. IV. Un vol. in-8° di 811 pag. con 153 fig. nel testo e 18 tav., di cui 13 colorate. Urban e Schwarzenberg, edd. Berlin-Wien, 1930. Prezzo RM. 35 (rilegato RM. 40).

Questo quarto volume dell'eccellente enciclopedia di medicina pratica comprende le voci che vanno da: malattie articolari chirurgiche (Gelenkerkrankungen) a malattie del miocardio e dei nervi del cuore (Herzmuskel- und Herznervenkrankheiten) ed ha capitoli del più alto interesse, ampiamente trattati. Basti citare, p. es., la gotta (O. Minkowski); le malattie industriali (W. Bander); la gonorrea (W. Frei); l'emofilia e le diatesi emorragiche (E. Frank); le malattie cutanee (A. Joseph); le ernie (L. Schönbauer); la cardiologia comprendente i metodi di ricerca (E. Stadler); i vizi valvolari acquisiti (G. Katz e F. Lahr) e congeniti (H. Passler); le malattie del miocardio e dei nervi cardiaci (H. Veil).

Per facilitare le ricerche, questo volume porta un indice alfabetico delle voci trattate nei quattro primi volumi. *fil.*

C. NICOLLE. *Naissance, vie et mort des maladies infectieuses*. Un vol. in-16° di 219 pag. F. Alcan, ed. Paris, 1930. Prezzo 15 frs.

L'A. prospetta i problemi della nascita, della vita e della morte delle malattie infettive. Vi sono delle malattie, egli osserva, già antiche, probabilmente trasformatesi nel tempo, altre di origine recente (p. es., la febbre melitense, la meningite cerebro-spinale epidemica, forse la pertosse), altre infine che si avranno forse in avvenire. Anche i germi hanno subìto, via via, delle trasformazioni, dai saprofiti ai patogeni, agli ultravirus od inframicrobi, come l'A. li chiama.

Concezioni ardite sviluppate e dedotte da fatti sperimentali e che presteranno forse il fianco a critiche, ma sono indubbiamente suscitatrici di nuove correnti di idee.

Altri problemi d'indole pratica si affacciano: distruzione degli animali infestanti per mezzo di epizoozie, guerra microbica, oltre alla auspicata scomparsa delle malattie infettive per opera dell'uomo che l'A., da vero biologo, ritiene attualmente impossibile anche per quelle contro le quali sembriamo meglio agguerriti. Ad ogni modo non dobbiamo disperare dell'avvenire anche per contenere entro certi limiti le malattie infettive.

La conoscenza delle malattie infettive ha anche un grande vantaggio: quello di insegnarci la grande e necessaria solidarietà umana; elevandosi al disopra delle reciproche discordie giornaliere, gli uomini si sentono affratellati nella lotta contro il comune flagello.

Libro che si legge con vivo interesse ed accessibile ad ogni persona colta. *fil.*

DUMAREST - GUILLEMINET - ROUGY. *Traitement médico-chirurg. des pleurésies purulentes tuberculeuses*. G. Doin, Paris, 1930. Frs. 16.

Dalla collaborazione del tisiologo e del chirurgo è sorto questo nuovo volumetto della pratica collezione ideata e diretta dal Sergent.

L'argomento è di attualità ora che l'ardire chirurgico fa ragionevolmente bene sperare per la terapia di affezione così grave: dall'antico antagonismo medico-chirurgico di fronte alle pleuriti purulente tubercolari sorge l'attuale auspicata collaborazione che sempre maggiori successi segnala. Tutto è questione di scelta, cioè di studio della forma clinica, stabilita la quale un malato dovrà essere inviato al chirurgo, un altro al medico.

Nel lavoro degli AA. viene sviluppato questo studio atto a separare e ad indicare l'indirizzo appropriato per la cura dell'ascesso freddo pleurico, del versamento infetto, del versamento settico, del versamento coesistente con lesioni polmonari. MONTELEONE.

J. AUCLAIR. *Vaccination prévent. et curat. du cobaye et du lapin contre la tbc. humaine*. Masson et C.ie, édit. Paris, 1930. Frs. 25.

Esposizione di esperimenti perseguiti da moltissimi anni su cavie e conigli per trarne utili indicazioni sulla vaccinazione curativa e preventiva nell'uomo.

La prima parte del libro si occupa della vaccinazione preventiva della cavia contro la tbc. umana; la seconda parte studia le condizioni della medesima vaccinazione nel coniglio.

Nel capitolo terzo è esposta la teoria nuova dell'A. sull'origine pancreatica dell'immunità tubercolare.

La seconda parte del libro mostra la possibilità di una vaccinazione curativa della cavia e del coniglio contro la tbc. umana con una scorsa storica sui risultati possibili e probabili della vaccinazione antitubercolare nell'uomo.

Idee ed esperienze dell'A. si trovano esposte largamente in uno degli scorsi numeri di questo periodico avendo noi recensito ampiamente un riassuntivo articolo dell'Auclair comparso sulla *Presse médicale*. MONTELEONE.

Difterite. Note epidemiologiche e profilattiche. In-8° di 56 pag., con 4 tav. Ist. poligraf. dello Stato. Roma, 1930.

La Direzione generale di Sanità pubblica, dopo avere emanato i consigli e le norme per la vaccinazione antidifterica, pubblica ora questo ottimo studio sull'epidemiologia e profilassi della difterite.

Nella prima parte sono chiaramente descritte le forme cliniche, l'eziologia, le sorgenti ed i veicoli d'infezione, le condizioni che influenzano la recettività.

Più larga parte è fatta alla profilassi, in cui

segnaliamo soprattutto i capitoli sull'accertamento diagnostico, sull'isolamento e disinfezione, sull'uso del siero antidifterico, sull'apprezzamento della recettività e reattività individuali e sull'immunizzazione profilattica dei ricettivi. Ottime tavole colorate rappresentano le reazioni di Schick. Fra i dispositivi per il prelevamento del materiale sospetto, è da menzionarsi la provetta in cui viene impedito l'essiccamento del materiale stesso; chi ha ricevuto, in laboratorio, dei tamponi secchi ed inutilizzabili apprezzerà i vantaggi di questo sistema.

La redazione è dovuta al prof. M. Pergola, di cui è ben nota la speciale competenza sulla difterite. *fil.*

Wiener Archiv für innere Medizin, diretto da W. Falta e K. F. Wenckeback. Vol. XX, n. 1. In-8° di pag. 156, con fig. Urban e Schwarzenberg, edd. Berlin e Wien. RM. 12.

Diamo l'elenco delle monografie contenute in questo interessante fascicolo. Il tono normale e patologico dell'apparato circolatorio dell'uomo (D. Danielopolu). L'urobilina ed il suo significato diagnostico (M. Weiss). Il problema del rinnovamento sanguigno (K. Singer). Il rapporto della eritro- e linfocitosi da adrenalina con la milza (A. Radosavljevic e M. Sekulic). L'equilibrio acido-basico dell'organismo con speciale riguardo all'urina (O. Sarke e R. Bartolomey). Sepsi pneumococcica con insufficienza epatica ed anemia epatogena (K. Lederer). *fil.*

Mosè di Segni. *Rivendicazione nazionale. Il contributo italiano alle origini della transfusione del sangue e della iniezione di medicamenti nelle vene.* Istituto Naz. Med. Farmacologico «Serono». Roma, 1930.

In questo suo scritto, il giovane e solerte studioso di Storia della Medicina, Mosè Di Segni, sulla base di ineccepibili documenti, per la maggior parte inediti, da lui ritrovati, rivendica all'Italia la priorità, sia della idea che dei primi esperimenti, della transfusione del sangue e della medicina infusoria.

Vagliate tutte le asserzioni sull'èra che egli chiama mitologica della transfusione; dimostrato infondato il racconto riguardante il Pontefice Innocenzo VIII, l'A. rivendica a Francesco Folli da Poppi (1624-1685) la priorità della idea della transfusione del sangue. E ciò sopra un importantissimo documento d'Archivio che egli è riuscito a scovare alla Nazionale di Firenze fra il Carteggio dell'Accademia del Cimento, ove è ritratto lo strumento ideato dal Folli per eseguire la transfusione, unitamente ad un disegno a penna di mano del Granduca raffigurante il Folli. Infatti egli asseriva nelle sue opere di aver consegnato, in un colloquio avuto con Ferdinando II di Toscana il 13 agosto 1654, il disegno che permetteva di tradurre in pratica la sua idea. Dopo di che il Granduca ordinò esperienze a Pisa che furono fatte dal Borelli e dal Fracassati, come risulta da lettere richiamate dall'A.; il cui studio su questa parte è completato dall'esposizione di tutte le esperienze fatte da quel tempo in poi sia in Italia che all'Estero.

Riguardo poi alla priorità italiana, delle iniezioni medicamentose nelle vene, egli la rivendica al vicentino Alessandro Massaria che fin dal 1588 nel suo scritto «Disputationes Duae» aveva asserito averla praticata non una sola volta. Egualmente su questo argomento il Di Segni dà nuovi contributi documentari.

Questo scritto, molto accurato, viene arricchito da numerosissima e scelta bibliografia (123 cit.), nella quale sono incluse le citazioni delle sue molteplici e proficue ricerche d'Archivio. La priorità italiana, della idea e delle conseguenti esperienze su questi due capitoli di terapeutica, resta così, dallo studio del Di Segni, sicuramente ed in modo definitivo provata. Pietro Capparoni.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Immunità del neonato e del lattante.

Premessa la definizione di immunità, intesa nel senso di uno stato di difesa più o meno valido ed efficiente di un organismo in toto, o dei suoi tessuti, di fronte all'azione dei germi patogeni e dei loro veleni, ed accennato alle teorie emesse per spiegare la genesi di tale stato, I. Nasso (*Pediatria*, n. 12, 1930) riassume i dati forniti dalla clinica nei riguardi dell'argomento.

Nel neonato è verso l'azione dei germi piogeni che si manifesta una recettività spiccata, tanto che a tale età la generalizzazione dei processi settici è un fatto frequente.

L'allattamento naturale, tuttavia, eleva i poteri di difesa e preserva, entro certi limiti, da talune infezioni, per virtù di sostanze esistenti nel latte materno stesso.

Riguardo all'immunità verso le malattie esantematiche, talora può essere invocata la presenza di corpi immuni nel latte nella madre, mentre altre volte tale spiegazione non è sufficiente. Nè si dovrebbe dimenticare come le manifestazioni cutanee delle malattie esantematiche si presentano nel lattante per lo più in forma del tutto abnorme, e talora appena abbozzate.

La difterite invece è piuttosto frequente a tale età, con localizzazione prevalentemente nasale, all'orecchio, alla congiuntiva, all'ombelico, ecc., senza formazione di pseudomembrane, a causa della speciale maniera di reagire degli epiteli e delle mucose. Nel lattante, inoltre, esisterebbe uno stato di inerzia reattiva della cute, che impedirebbe di studiare, dal punto di vista immunitario, il suo comportamento alle reazioni cutanee biologiche, sì da offrire dati discordanti paragonando contemporaneamente tali reazioni nella madre e nel bambino.

Un'ipotesi oramai tramontata è poi da considerare quella per la quale l'organismo infantile era sin qui ritenuto incapace di produrre anticorpi in quantità sufficienti. Esperienze istituite nella clinica dell'A., e confermate da altri, hanno dimostrato che la vaccinazione provoca anche in questa tenera età la comparsa dei vari anticorpi, alla stessa guisa di quanto accade nell'adulto.

Solamente le tossine difteriche modificate non sembrano capaci di generare uno stato di immunità nel lattante dei primi mesi.

Per quanto concerne infine la tubercolosi, bisogna considerare come la via di contagio sia prevalentemente quella aerea, per cui dei bacilli virulenti si soffermano nelle prime vie respiratorie, facendo poi ammalare le ghiandole prossimiori. La trasmissione transplacentare sarebbe possibile durante una malattia tubercolare della madre, pur essendo poco nota la sindrome presentata da un bambino così infettato. L'A. ritiene però che non si possa parlare di un aumento di resistenza o di recettività nel neonato, a seconda della virulenza e della dose del virus in parola, essendo questi fenomeni legati alla presenza nell'organismo di germi tubercolari viventi.

Una vera immunità tubercolare potrebbe essere ammessa solo per l'infezione da virus filtrabile, con formazione di bacilli dal virus stesso.

L'efficacia della vaccinazione alla Calmette non sarebbe sicuramente dimostrata, almeno dal punto di vista teorico, per le scarse conoscenze che abbiamo circa il modo di reagire del neonato di fronte alla penetrazione del virus tubercolare.

M. FABERI.

Sulla genesi dell'affezione difterica.

F. Hamburger (*Münch. Med. Woch.*, n. 25, 20 giugno 1930), sulla base di osservazioni e studi personali, e sullo studio della letteratura, dimostra che la difterite rappresenta un esempio scolastico di malattia infettiva facoltativa.

Ambedue i fattori fondamentali, cioè l'agente morboso e la disposizione individuale, sarebbero delle entità variabili.

Il contagio si verifica molto spesso; la disposizione però è non solo diversa da individuo a individuo, ma oscilla anche nello stesso individuo.

La disposizione, poi, dipende non solo dall'antitossina, ma anche da un secondo fattore X, forse identificabile con il potere battericida.

L'immunità antitossica e verosimilmente anche il fattore X oscillano in parecchi soggetti abbastanza forte (poichilofilia), mentre in altri oscillano meno o affatto (isofilia).

Fino ad ora si sono studiate solo le oscillazioni dell'immunità antitossica, le quali possono essere determinate in maniera specifica o non specifica.

Tanto gli individui poichilofili quanto quelli isofili possono essere atti a produrre quantità abbondanti o scarse di antitossina (euergici, mesergici, disergici).

Graficamente, l'A. riporta uno schema indicante le possibilità di malattia, in seguito ad una infezione virulenta.

M. FABERI.

SEMEIOTICA.

Il peso specifico dell'urina per lo studio della funzionalità renale.

F. Lashmet e L. Newburgh (*Journ. amer. med. assoc.*, 14 giugno 1930) propongono di misurare la funzionalità renale mediante la determinazione del peso specifico in determinate

condizioni. Durante tre giorni, il paziente viene tenuto ad una dieta fissa, consistente in 45 grammi di proteina, 106 di grasso e 180 di carboidrati (circa 2000 calorie) con 2-3 grammi al giorno di sale. La quantità di liquido è limitata a 1500 cmc.

Alle 18 del terzo giorno, dopo la cena, si sospende la somministrazione di alimenti e di bevande, fino a mezzogiorno del giorno seguente; alle 10 di tale giorno, si fa vuotare la vescica, e poi si raccoglie l'urina del mezzogiorno; su questa, si determina il peso specifico.

La presenza di albumina può indurre in errore aumentando il peso specifico. Gli AA. hanno fatto una grafica per la correzione; si può calcolare che la presenza di albumina aumenta il peso specifico nella misura seguente:

0,5/1000, P. S. 1002; 1,0/1000, P. S. 1004; 2,0/1000, P. S. 1008 e così via.

Si fa la correzione, sottraendo dal peso trovato, quello dovuto all'albumina; così se si è trovato un P. S. di 1020 e si aveva 1/1000 di albumina, si corregge il P. S. a 1016.

Gli AA. hanno così esaminato 120 pazienti di cui 95 con malattie renali, gli altri sani.

Nei normali, l'urina ha raggiunto il P. S. di 1026 ed oltre (la maggior parte 1028).

Nel 95,8 % dei renali, il P. S. si è trovato inferiore a 1026; in molti di questi, la quantità di azoto nel sangue e la prova alla fenolsulfonftaleina davano valori normali, mentre il P. S. si è trovato, per oltre la metà, inferiore a 1020; soltanto in due si ebbero valori di 1025 (pazienti con ipertensione ed albuminuria banale).

Nei pazienti con deficiente escrezione di fenolsulfonftaleina e con azotemia oltre 40 mg., si ebbe sempre P. S. inferiore a 1021 (in metà di essi, inferiore a 1016.

Il procedimento proposto dagli AA. offre il vantaggio di studiare la funzionalità renale nelle condizioni normali e nel suo complesso.

fil.

Criteri per la diagnosi differenziale dei tipi di nefrite nell'infanzia.

C. A. Aldrich (*Journ. amer. med. assoc.*, 24 maggio 1930) ha adottato in uno studio sulle nefriti nell'infanzia i seguenti criteri di diagnosi differenziale:

1) *Nefrite post-infettiva emorragica acuta.* Storia di una precedente infezione; presenza di ematuria; decorso benigno, o morte nella malattia acuta.

2) *Nefrite cronica non specifica.* Edema, ematuria, ipertensione, aumento dell'azoto nel sangue, decorso cronico o morte.

3) *Nefrosi.* Notevole edema, assenza costante di ematuria, pressione del sangue normale, quantità normale di azoto nel sangue, notevole albuminuria.

4) *Endocardite batterica subacuta con nefrite.* Edema, segni della endocardite batterica subacuta, sangue albumina cilindri e leucociti nell'urina.

5) *Sifilide con nefrite.* Edema, diagnosi di sifilide, albumina, cilindri e leucociti nell'urina.

6) *Tubercolosi con nefrite.* Criteri per la diagnosi di nefrite cronica non specifica, diagnosi di tubercolosi miliare.

7) *Infantilismo renale.* Criteri per la diagnosi di nefrite cronica non specifica, infantilismo generale.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Encefalite epidemica frusta.

Un uomo di 28 anni, robusto, attivo, si lamenta da qualche settimana di stanchezza oculare e di vedere, in certi momenti, doppio, ed attribuisce tale disturbo al sovraffaticamento. In seguito la diplopia si accentua e rimane il solo disturbo funzionale; insistendo nell'interrogatorio, si viene a sapere che, in qualche giorno il paziente si sente più sonnolento.

All'esame fatto da M. Nathan (*Presse médicale*, 24 maggio 1930) si trova che la diplopia è monoculare destra); basta occludere l'occhio destro perchè essa cessi; non esiste dunque strabismo. Dall'esame fatto mettendo dinnanzi all'occhio sano un vetro rosso e facendo guardare una candela, dalla posizione rispettiva delle due fiamme, rossa e bianca, si arriva a concludere che non si trattava di paralisi isolata, ma che tutta la muscolatura estrinseca dell'occhio era interessata globalmente; i riflessi pupillari, alla luce ed all'accomodazione, erano leggermente pigri.

Trattavasi di lesioni diffuse e leggere, con fondo dell'occhio indenne che potevano localizzarsi nei nuclei d'origine dei nervi motori dell'occhio (paralisi nucleari).

Per quanto riguarda l'eziologia di queste paralisi si potevano escludere facilmente le emorragie (inizio brusco, spesso globali) e le polioencefaliti ascendenti consecutive alla poliomielite (nessun sintomo di questa).

Si poteva prendere anche in considerazione la difterite, che però il malato non aveva avuto e che si limita, di solito, alla paralisi dell'accomodazione ed a paralisi parcellari. Più difficile è l'eliminare la sifilide, la quale, però, raramente è così diffusa e così discreta, mentre poi l'anamnesi ed i reperti di laboratorio la facevano escludere. Rimane dunque la sola encefalite epidemica, che veniva anche confermata dalla presenza di iperglicorrachia (0.90).

Come terapia, l'A. ha adottato le iniezioni endovenose di salicilato di sodio cg. 55, in 5 cmc. di siero glucosato al 10 %), di cui ne ha praticate 15, facendo seguire un trattamento con pillole di *Datura stramonium* (5 cg.;

5 pillole al giorno). Per un certo tempo, il malato ha portato degli occhiali con un vetro smerigliato sull'occhio affetto; dopo un mese poteva farne senza e la diplopia era scomparsa.

L'A. ritiene utile di dover fare, nell'anno, altre due serie di iniezioni di salicilato di sodio e di far prendere ogni mese, per 10 giorni, 15 cg. di polvere di datura, sorvegliando bene il malato, in quanto che la tolleranza per tale medicamento è strettamente individuale.

fil.

L'evoluzione clinica dell'encefalite morbillosa.

E. Mensi (*Clin. e Ig. infant.*, n. 8, 1930) porta il contributo di 2 casi di encefalite postmorbillosa da lui recentemente osservati.

Nel primo si trattò di bambina di anni uno e mezzo, e l'encefalite, a forma meningea, insorse durante il morbillo, decorrendo tumultuariamente, fino alla morte, imputabile anche a concomitante broncopolmonite e pleurite purulenta.

Nel secondo caso si trattò di un ragazzo di 14 anni, nel quale la complicanza si presentò dopo il morbillo, ed in forma di poliomielite a tipo meningeo. Questa volta il decorso fu subacuto, e l'esito favorevole.

M. FABERI.

Parkinsonismo postencefalitico e gravidanza.

I rapporti che passano tra la gravidanza e l'encefalite, come pure l'influenza che ha la prima sui postumi encefalitici non sono ancora sistemati.

O. M. Bernardi (*Arch. di Ostetricia e Ginec.* n. 3, marzo, 1930) ha studiato un caso di encefalite in gravidanza, capitato sotto la sua osservazione.

Dallo studio fatto emerge che la gravidanza ha favorito se non provocato, il manifestarsi della forma postencefalitica latente che fino allora non aveva dato chiare note di sè. Le ricerche chimiche e chimico-fisiche fatte sul sangue dell'inferma hanno messo in evidenza i seguenti fatti:

1) la tensione del CO_2 dell'area alveolare e la riserva alcalina non hanno messo in evidenza alcuna acidosi, sia pur anche lieve, come si afferma da qualche A.;

2) non è stata constatata alcuna iperglicemia, contrariamente a coloro che affermano una iperglicemia caratteristica del parkinsonismo postencefalitico in donne non gravide.

Una transitoria iperglicemia si rende evidente in rapporto alla cura di scopolamina, istituita nella paziente;

3) lo studio dell'equilibrio elettrolitico mostra una lieve ipopotassiemia ed una scarsa ipercalcemia.

In rapporto alla sintomatologia postencefalitica, la scopolamina è stata di notevole efficacia; dopo il parto, la paz. è dimessa con quasi una completa sparizione di tutti i disturbi. Nessuna alterazione ha presentato il feto.

La constatazione di tali fatti sconsiglia, secondo le vedute dell'A., l'interruzione della gravidanza, proposta in simili casi, per evitare danni, peggiori per la madre.

CARUSI.

Il trattamento del parkinsonismo cronico encefalitico con preparati secchi di stramonio.

Fu Juster nel 1925 che descrisse il valore dello stramonio nel diminuire la rigidità parkinsoniana, seguito nel 1926 da Laignel-Lavastine e Valency, i quali pubblicarono i resultati ottenuti con tale medicinale in 24 casi della malattia. Questi ultimi trovarono che il miglioramento si manifestava a carico della rigidità muscolare, della bradicinesia, della salivazione, del tremore e dell'inerzia mentale.

Nel 1928 comparvero lavori sull'argomento da parte di Shapiro, di Carmichael e Green, e nel 1929 di Jacobsen ed Epplen.

C. Worster-Drought e T. R. Hill (*The Lancet*, 7 giugno 1930) portano un ulteriore contributo, desunto dallo studio di 80 casi sottoposti a trattamento con preparati di stramonio. Si trattò di pazienti dell'età tra 12 e 40 anni, i quali presero regolarmente lo stramonio in forma di estratto, secondo la formula della farmacopea americana. Di essi 15 erano stati in precedenza curati con dosi massime di ioscina per via ipodermica. Tutti mostrarono miglioramento duraturo.

Nei casi di media gravità la dose efficace fu di g. 0,75 tre volte al giorno, per bocca, diminuita talora anche a 0,50. Un paio di volte solamente si portò la dose a g. 1-1,375, sempre 3 volte al giorno, trattandosi di casi molto gravi, la cui sintomatologia andò migliorando come negli altri.

Alla stessa guisa degli autori succitati, si notò diminuzione e talora addirittura scomparsa della rigidità muscolare, nonchè della scialorrea e della succulenza cutanea. Migliorarono molto anche la bradicinesia e la bradifrenia, con mitigazione del tremore, maggior fluidità della loquela, facilitazione della posizione eretta e della deambulazione.

M. FABERI.

Problemi diagnostici e terapeutici nella fase acuta incipiente della malattia di Heine-Medin.

L'ultima notevole epidemia di poliomielite acuta verificatasi nell'estate scorsa nell'Italia Settentrionale e sulla Riviera Ligure, porge occasione al Cozzolino (*Rassegna medica*, n. 4, 1930) di riesaminare i problemi diagnostici e terapeutici più importanti della malattia.

Per la diagnosi precoce hanno valore, tra gli altri, il criterio della stagione, evolvendo le riaccensioni epidemiche in estate e al princi-

pio di autunno, e quello dell'età, essendo colpiti a preferenza i lattanti e i bambini fino a 3-4 anni.

Tra i sintomi morbosi più importanti sono da annoverare, all'inizio, quelli irritativi motori e sensitivi, con spiccate iperestesie e parestesie, e la sudorazione abbondantissima, i quali segni, uniti a quelli meningei, all'andamento febbrile ed alla gravità dello stato generale, possono indirizzare verso la diagnosi. Degno di nota è che i riflessi patellari, che scompaiono rapidamente, possono inizialmente essere trovati esagerati.

Il quadro ematico non offre nulla di praticamente utilizzabile; la puntura lombare, invece, dà il reperto caratteristico dell'irritazione meningea, con un liquor limpido, a pressione aumentata, con scarso aumento delle albumine, mentre assai più abbondanti che nella meningite tubercolare appaiono le sostanze riducenti. Si trova poi linfocitosi e sterilità assoluta.

La cura deve iniziarsi con l'isolamento dell'infermo, protratto per 6 settimane, congiunto a tutte le regole igienico-profilattiche necessarie per la natura del morbo.

Eccellenti resultati si avrebbero con l'iniezione di siero di convalescente, purchè praticata nel 1°-2° giorno di malattia. La puntura lombare ha valore decompressivo, e non va trascurata, facendola eventualmente seguire da iniezione nello speco di adrenalina al millesimo in quantità di 2-6 cmc.

Nel periodo acuto iniziale trova indicazione l'iniezione endorachidea ed endomuscolare di siero di Pettit, ottenuto da cavalli nei quali fu inoculato midollo di scimmie poliomielitiche. Le dosi medie giornaliere sarebbero di 50-70 cmc. e più.

Subito dopo la caduta della febbre si deve poi passare all'applicazione del metodo di Bordier, basato sulla radioterapia del segmento midollare colpito, associata alla diatermia.

Nel periodo di paralisi conclamata va usata l'elettroterapia con corrente galvanica.

M. Faberi.

Il trattamento della sclerosi disseminata.

James Purves-Stewart (*Roy. Soc. of med.*, 13 maggio 1930) osserva che il trattamento di questa malattia può essere fatto in due modi: con i medicamenti e con la cura specifica o causale. Fra i primi è soprattutto da menzionarsi l'arsenico, specialmente in forma di arsenobenzoli (ottimo fra questi il salvarsan argentico); vengono in seguito, l'argento colloidale, lo jodio ed il mercurio.

Un'altra forma di terapia è basata sui vaccini esogeni, in riguardo ai quali si citano dei buoni risultati. Fin dal 1927, Miss Chevassut ha potuto coltivare dal liquor di 200 casi consecutivi di sclerosi disseminata un virus ultramicroscopico. In alcuni casi, il reperto del liquor era negativo fino a che si somministrava l'arsenico, ma diventava positivo con la sospensione di questo. In 269 casi di controllo, si sono ottenute sempre colture negative.

Tale microorganismo, *Sphaerula insularis*, cresce bene a 37° e la coltura richiede da 12 a 72 ore. Negli animali inoculati con tale virus, si sviluppano degli anticorpi che inibiscono lo sviluppo del virus del paziente ed anche quello proveniente da altri.

Col vaccino preparato con tale germe, sono stati trattati oltre 200 pazienti, ma soltanto 73 poterono essere seguiti abbastanza a lungo (due anni e più). Non si ottennero però dei successi brillanti, nè clinici, nè sierologici. Nei casi iniziali, i segni ed i sintomi subirono un arresto ed, in certo modo, si ebbe qualche miglioramento; rimasero, naturalmente, gli effetti della degenerazione già avvenuta. Di undici fra questi casi, si ottennero colture negative in cinque, un certo numero di colture negative si ebbe anche fra i casi mediocremente avanzati, mentre nei casi avanzati, non si ottenne nessun risultato.

È necessaria una grande cautela prima di dare un giudizio sull'effetto del vaccino in questa malattia, perchè si hanno anche delle remissioni spontanee; ad ogni modo, vi è una forte differenza fra queste e quelle terapeutiche osservate dall'A. in cui, non soltanto si ebbero delle remissioni cliniche, ma anche le reazioni negative nel liquor.

fil.

Il trattamento della sciatica.

Prima di procedere al trattamento, è essenziale diagnosticare esattamente la causa che provoca i dolori nel territorio dello sciatico. Fra 108 pazienti che si lamentavano di tali dolori, C. W. Buckley, ne ha trovato le seguenti malattie: Osteoartrite dell'anca (30); distorsione lombare e sacro-iliaca (26); neurite dello sciatico (20); sacralizzazione della V vertebra lombare (9); fibrosite (8); spondilite deformante (5); artrite sacro-iliaca (4); osteoartrite del ginocchio (2); borsite gluteale, osteite deformante, neoplasma pelvico, prostatite, rispettivamente 1 caso.

Su 45 casi inviati all'ospedale come sciatica si trovarono: neurite sciatica (18); osteoartrite dell'anca (9); distorsione lombare e sacro-iliaca (6); fibrosite (7); neoplasma pelvico, borsite glutea, sacralizzazione, artrite sacro-iliaca, osteite deformante, rispettivamente 1 caso.

Il trattamento negli stadi acuti richiede il riposo ed i medicamenti analgesici, ma è necessario ricorrere altresì alla terapia locale. E' importante determinare anzitutto la causa; se si tratta di distorsione, si provvederà in conseguenza. Quando il sacro è spostato in avanti, con aumento dell'angolo lombo-sacrale, si farà una flessione della coscia sull'addome; se invece lo spostamento è avvenuto in direzione opposta, si farà un'iperestensione, che però è

più difficile. Per impedire un ritorno alla posizione falsa, si applicherà una larga striscia di cerotto attorno all'anca con un cuscinetto sul sacro od un cinto sacro-iliaco.

Se tali manipolazioni sono molto dolorose si farà dapprima un trattamento anticogestivo, con applicazioni calde locali; buoni i cataplasmi ed il ferro da stiro, che combina il metodo del caldo con un massaggio.

Utile è il calore radiante, specialmente la lampada ad arco ed i raggi infrarossi; i raggi ultravioletti sono utili soltanto nelle forme superficiali di fibrosite. La diatermia è l'unico metodo di portare il calore direttamente sull'area affetta, ma forse è più efficace l'azione derivativa del caldo applicato alla superficie.

La jonizzazione applicata alle natiche può essere utile, specialmente nella neurite, ma il suo effetto è dovuto piuttosto all'azione della corrente che a quella del medicamento.

Utile è il massaggio, specialmente se preceduto dall'azione del calore radiante, nella maggioranza dei casi di distorsione sacro-iliaca, di neurite sciatica e di fibrosite.

Nella perineurite, portano giovamento le iniezioni di soluzione fisiologica (20-100 cmc.), fatte all'emergenza dello sciatico e precedute dall'iniezione di poche gocce di novocaina. Le iniezioni di altri medicamenti sono, a detta dell'A. senza vantaggi. Le iniezioni di ossigeno od anche di aria possono essere utili rompendo le aderenze.

Nei casi precoci di osteo-artrite, può giovare il movimento fatto sotto anestesia. Gli interventi chirurgici a campo aperto sono stati adottati per la sublussazione sacro-iliaca.

Si andrà alla ricerca di eventuali focolai infettivi e si invierà il paziente alle stazioni termali; fra i diversi metodi idroterapici, l'A. dà la preferenza alla doccia subacquea durante l'immersione in acqua calda. Non si trascurerà il trattamento delle condizioni del metabolismo e degli stati di debilitazione.

fil.

Sulla guaribilità della meningite tubercolare.

B. De Luca (*Riv. Clin. Ped.*, agosto 1930), riassunta la letteratura esistente su questo argomento, illustra un caso di affezione meningea, constatato in un bambino di 10 anni, e diagnosticato di natura tubercolare per il decorso, per i sintomi e per i caratteri del liquor cerebro-spinale.

Nello spazio di poco più di un mese si verificò la guarigione clinica del paziente, senza reliquati morbosi.

L'elemento fondamentale della diagnosi, essendo riuscita negativa la ricerca del bacillo di Koch nel liquor, è basato sulla constatazione di ghiandole caseificate inguinali e retroperitoneali nella cavia inoculata col liquor stesso, ed uccisa però dopo due mesi.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Somministrazione di ioduri alcalini.— All'abb. n. 8447-4:

Il metodo più comune e più efficace è quello di far prendere al malato la soluzione a parti eguali di acqua distillata, a gocce (cominciando da 1-5 gocce ed aumentando di giorno in giorno in proporzioni relative) diluite in molta acqua, e da bersi preferibilmente a più riprese durante l'intera giornata. Se non vi sono fenomeni di intolleranza si può arrivare sino alla dose quotidiana di 40-80 goccie ed anche più.

L'efficacia di questi preparati nelle manifestazioni tardive della lues è fuori discussione e talvolta bastano essi soli a farle scomparire.

Ove però si tratti, come nel caso segnalato dall'abbonato, di manifestazioni gastro-duodenali, è consigliabile altra via: o quella rettale (una peretta quotidiana di 1/2 gr. di joduro di sodio o di potassio in 50 gr. d'acqua distillata) o quella percutanea (frizioni quotidiane di preparati analoghi: iotione, ecc.).

V. MONTESANO.

All'abb. n. 7779:

Se per xantodermia l'abbonato intende designare quell'alterazione di colorito della cute che va sotto il nome di « aurantiasis cutis », o per alcuni, di xantosi e che si ritiene dovuta a ritenzione di lipocromi, indipendente da lesioni biliari, dal diabete, ecc., ma favorita da disturbi nutritivi di varia natura, si può consultare GRAGGER in « Dermatologische Wochenschrift », 18 maggio 1929, pag. 716. (*Aurantiasi cutanea.* BAELZ).

V. MONTESANO.

VARIA.

Riflessi condizionali e psichismo.

La dottrina dei riflessi condizionali di Pawlow si va sempre più sviluppando e si rivela sempre più capace di spiegare oltre che molti fatti fisiologici somatici, anche il meccanismo dell'attività psichica.

Come è ben noto il riflesso condizionale si crea associando ripetute volte allo stimolo ordinario una qualsiasi eccitazione sensoriale. Questa finisce per produrre da sola la reazione.

Se ad un cane mentre mangia un pezzo di carne si fa sentire sempre il medesimo suono o si fa vedere sempre il medesimo oggetto, e si ripete più volte questa esperienza, dopo qualche tempo la secrezione salivare che accompagna la masticazione della carne si può provocare solo con l'audizione del suono o con la vista dell'oggetto senza far più vedere la carne al cane e senza l'intervento di qualsiasi sensazione gustativa.

Pawlow spiega il fenomeno ammettendo che il nuovo eccitante, prima indifferente, trova nell'emisfero cerebrale un focolaio d'eccitazione intensa, e tende ad aprirsi la via verso questo centro e poi verso l'organo corrispondente, e così diventa eccitante dell'organo stesso.

Vi sono riflessi condizionali effettivi ed inibitori. Un esempio di questi ultimi è il seguente: se durante l'eccitazione successiva della glandola salivare, mediante l'eccitante condizionale di un dato suono, s'intercala di tanto in tanto un improvviso abbagliamento, questi acquista la capacità di arrestare la secrezione salivare.

Questi fatti elementari sono stati il punto di partenza di studii sempre più complessi.

Pawlow, con la sostituzione degli eccitanti riflessi, ha cercato di chiarire il meccanismo delle funzioni cerebrali superiori. Bechterew ha fondato su i riflessi tutta una psicologia puramente obiettiva, una psicoreflessologia.

Gli emisferi cerebrali hanno la funzione di creare e conservare i riflessi condizionali che si stabiliscono a misura che si sviluppa lo psichismo: riflessi effettivi o positivi da una parte, che governano tutta la motilità abituale, riflessi inibitori o negativi come quelli creati dai freni inibitori eticosociali.

Questi riflessi condizionali acquisiti, d'origine emisferica, si oppongono ai riflessi incondizionali, innati, semplici o composti (questi ultimi costituenti gli istinti i cui centri sono sottocorticali o mesoencefalici).

La superiorità dello psichismo è in relazione alla quantità e complessità dei riflessi condizionali.

I riflessi condizionali e incondizionali reagiscono in ogni momento tra loro. L'eccitazione incondizionale del centro alimentare mediante la sensazione innata della fame eccita l'attività degli emisferi e la formazione di nuovi legami condizionali orienta verso la ricerca degli alimenti.

In fondo tutti i fatti fisiologici in senso lato, somatici e psichici, costituiscono la reazione oltre che degli stimoli esterni ed innati o abituali anche di eccitanti nuovi, accidentali, temporanei.

Si spiega così la grande capacità di adattamento dell'organismo animale alle variazioni dell'ambiente esterno ed interno.

Ogni eccitante nuovo attraverso le vie nervose raggiunge la corteccia cerebrale, si sostituisce allo stimolo abituale e provoca una reazione affatto simile.

Questo eccitante nuovo può essere esterno o interno, somatico o psichico.

E' ovvio che il riflesso condizionale si stabilisce più facilmente e più durevolmente in relazione al tono emotivo dello stimolo.

Il complesso degli studii su i riflessi condizionali fa concludere che l'essere vivente è capace di rispondere a mezzo di attività definite a stimoli per i quali era dapprima indifferente.

Questo stabilirsi di nuove vie, di nuovi rapporti, di nuove interferenze nel sistema nervoso centrale come effetto dei mutamenti delle condizioni esterne da parte degli animali superiori e dell'uomo è un fatto chiaramente acquisito alla comune esperienza.

L'indebolimento dell'attività riflesso-creatrice degli emisferi, la dissoluzione o l'involuzione dei riflessi condizionali acquisiti con la prevalenza dei riflessi incondizionali ossia con il trionfo degli istinti, la distruzione dell'attività riflessa condizionale costituiscono i tre principali gruppi di sintomi che sono alla base delle neurosi e delle psiconeurosi e le tre tappe di qualche psicosi.

La nozione dei riflessi condizionali apre nuove vie alla terapia ed alla pedagogia.

Con la ripetizione di stimoli adatti si è riusciti ad inibire abitudini patologiche, come l'enuresi e l'onanismo. E' ciò che Bechterew chiama reflessoterapia da non confondersi con quella di cui si è di recente occupata la cronaca.

Con l'uso di stimoli psichici adatti si possono creare determinati riflessi condizionali e influire così sulla condotta dell'individuo.

E' stato dimostrato che i riflessi condizionali si possono trasmettere alla prole. Si spiegherebbe così come certi caratteri psicologici etnici si trasmettono di generazione in generazione e sono indipendenti dall'educazione individuale. Questo dato di fatto agli effetti pratici ha interesse perchè prova come anche per questa via si possa ottenere il miglioramento della razza agendo su gli individui.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

D. MAESTRINI. *Sulla patogenesi del fenomeno di Kienboeck.* — Tip. Cons. Nazionale, Roma, 1930.

E. BENASSI. *Effetti colecistocinetici della colina e dell'acetilcolina, studiati con la colecistografia.* — Tip. Giannini, Napoli, 1930.

G. VISCHIA. *L'influenza dei raggi Roentgen sul simpatico addominale nel cane dopo ablazione unilaterale del surrene.* — Tip. E. Zerbani, Milano, 1929.

B. BELLUCCI. *Sulla epilazione del cuoio capelluto col metodo misto Roentgen-tallio.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1929.

V. LAPIERRE. *Une nouvelle matière pour les protheses maxillo-faciales: l'acetate de cellulose.* — Ass. Tip. Lyonnaise, Lyon, 1929.

M. MAZZITELLI. *La lavorazione del marmo nelle cave e negli opifici di Carrara.* — Tip. Studium, Napoli, 1929.

E. ALFIERI. *L'attività della Clinica Ostetrico-Ginecologica «L. Mangiagalli» dell'Università di Milano.* — Tip. Card. Ferrari, Milano, 1929.

O. PERSICH. *Attività antitubercolare in Fiume.* — Tip. Urania, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I. - Direzione Sanitaria.* — Cercasi Assistente volontario con tutti i doveri degli Assistenti effettivi e coll'obbligo di sostituirli durante le loro assenze. Probabilissima promozione ad Assistente effettivo rendendosi vacante un posto di Assistente. Alloggio e vitto tutti i giorni. Inviare *curriculum vitae* e per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — Scad. 10 ott.; 2ª cond.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2500 trasp., L. 1050 serv. att.; nessun limite d'età; tassa L. 50,10.

BASTIGLIA (*Modena*). — Scad. 8 ott.; L. 8500 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 uff. san., L. 600 indenn. vettura, addizion. L. 2 oltre i 500 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

BOLOGNANO (*Pescara*). — Scad. 10 ott.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 trasp., L. 500 uff. san., addizion. L. 5 oltre 500 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BRACCA DI COSTA DI SERINA (*Bergamo*). — Scad. 25 ott.; L. 10.000 oltre indennità c.-v., uff. san., elenco poveri, mezzi di trasporto e ambulatorio.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 25 ott.; chirurgo primario del Comune; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 servizio nell'Ospedale S. Bernardo; c.-v.; nessun limite d'età; tassa L. 50,15.

CAMPOBASSO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore tecnico; L. 22.000 oltre L. 2000 serv. att.; età mass. 45 a. Scad. 25 nov. Rivolgersi al Presidente.

CHIARI (*Brescia*). *Spedale Mellini.* — Medico primario; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50 al tesoriere dell'Ospedale; L. 10.000 e c.-v.; chied. annunzio.

CIVITELLA PAGANICO (*Grosseto*). — Scad. ore 18 del 20 ott.; per Pari; L. 9700 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 10 giorni partecipaz. nomina.

DELEBIO (*Sondrio*). — Medico-condotto consorziale. Per titoli. Stipendio L. 8000. Indennità trasferta L. 500; trasporto L. 700 se bicicletta, L. 1800 se motociclo, L. 3500 se automobile. Scadenza 15 ottobre. Per chiarimenti rivolgersi al Presidente del Consorzio sig. ing. Ettore Bassi.

FERRARA. *Amministrazione Provinciale.* — Proroga a tutto 15 ottobre dei concorsi a direttore e assistente della Sezione Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Ferrara; rispettiv. stip. L. 16.000 e L. 12.000; L. 4000 e L. 2000; 5 quadrienni decimo; premio di operosità.

LAPEDONA (*Ascoli Piceno*). — L. 9000 oltre lire 1000 indennità forese; L. 500 di laurea e L. 500 uff. san.; trasporto L. 400-1700-2700; cinque quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,15; docum. a tre mesi. Scadenza 15 dic. Serv. entro 15 giorni.

LUCCA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario del comune di Lucca. Stipendio minimo iniziale annuo lorde L. 14.000, aumentabile di un decimo per ogni quinquennio di effettivo servizio e per 5 quinquenni; indennità di servizio attivo annue L. 3000 e indennità di trasferta a *forfait* nella misura di L. 1000 annue. All'Ufficiale Sanitario spettano inoltre i compensi di cui l'art. 31 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889 e dell'art. 6 della Legge 23 giugno 1927, n. 1070, stabiliti con decr. prefet. N. 19517 dell'11 ottobre 1928. Divieto del libero esercizio professionale. Domanda e documenti legalizzati debbono pervenire all'Ufficio del Medico Provinciale di Lucca non oltre le ore diciotto del 15 ottobre. Allo stesso Ufficio gli interessati possono chiedere il bando di concorso con l'elenco dei documenti e tutti gli altri chiarimenti.

PALERMITI (*Catanzaro*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni.

ROCCA PIETORE (*Belluno*). — Scad. 10 dic.; lire 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3500 trasp., L. 500 uff. san., L. 540 spese ambulat., c.-v. Tassa L. 50,10.

S. ELPIDIO A MARE (*Ascoli Piceno*). — Per una zona del capoluogo (500 ab. circa); L. 9000 oltre L. 1000 indenn. foriera, L. 500 indenn. studio, 5 quadrienni dec.; obbligo assistenza poveri fino a 25 % degli abitanti; direz. dell'Ospedale; assistenza chirurgica in tutto il Comune. Età lim. 30-40 a. Tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

SANT'EUSANIO DEL SANNIO (*Chieti*). — Il Podestà informa che il concorso a questa condotta con scadenza all'11 ottobre, è stato sospeso.

TERMINI IMERESE (*Palermo*). — Sanitario dell'istituendo Dispensario antitubercolare; L. 3000 annue. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, e compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Una borsa triennale per lo studio della chirurgia, istituita presso il « Saint Mary's Hospital » di Rochester, diretto dai fratelli Mayo, è stata vinta dal dott. Cesare Gianturco, figlio del grande giurista Emmanuele. Rallegramenti per l'ambito premio.

Il prof. Heinrich Eymer, di ostetricia e ginecologia, passa da Innsbruck ad Heidelberg; il prof. Wilhelm Brünings, di oto-rino-laringologia, passa da Jena a Monaco.

La dott.a Clelia Lollini è nominata direttore del Consorzio Antitubercolare della Provincia di Imperia, in esito a concorso per titoli ed esami. È la prima volta in Italia che un posto sanitario di tanta importanza viene occupato da una donna. Rallegramenti sentiti alla valente collega.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di pediatria.

Si è tenuto a Stoccolma dal 18 al 21 agosto. La partecipazione degli italiani fece rifulgere il lavoro della scienza italiana e costituì una splendida affermazione di italianità: 22 pediatri italiani presero parte ai lavori del Congresso, fra cui maestri quali Jemma, Cattaneo, Allaria, Frontali, Spolverini. Cattaneo, quale relatore italiano, parlò sul tema: « Fisiologia e patologia del sistema timo-linfatico »: egli portò chiara luce su un argomento assai discusso ed oscuro; Frontali, oratore invitato sul tema dei raggi ultra-violetti, comunicò le sue ricerche sull'argomento, con vedute nuove; altre ne addusse lo Spolverini; Jemma, nominato vice presidente del Congresso, parlò delle anemie da leishmania; Valagussa prospettò l'attività dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, suscitando vivo interesse; Fornara, Taccone, ecc., ebbero interessanti comunicazioni.

L'affermazione di italianità culminata nella lettura in italiano della relazione di Cattaneo ed il rigido atteggiamento fascistico destarono tale impressione, che i giornali di Stoccolma nella relazione sulla seduta del 20 agosto posero addirittura il titolo: « Inaugurazione fascistica del secondo Congresso Internazionale di Pediatria ».

1° Congresso internazionale di ortopedia.

Indetto dalla « Società Internazionale di Ortopedia », si adunerà dal 2 al 4 ottobre a Parigi. Temi: « Trattamento della lussazione congenita dell'anca dopo l'età di quindici anni », relatori Fairbank (Inghilterra), Gaenslen (Stati Uniti), Kreuz (Germania), Putti (Italia); « Trattamento dei traumatismi del pugno », relatori Mouchel (Francia) e Murk-Jahnsen (Olanda). Il presidente, sir Robert Jones di Liverpool, terrà una conferenza sul tema: « Il dominio della chirurgia dell'apparato motore ». Le riunioni avranno luogo alla Scuola di Medicina, nell'Anfiteatro Vulpian. È in programma un banchetto sociale (al prezzo di 125 franchi francesi), presso l'« Union Interalliée » (Faubourg Saint-Honoré 33), ove possono richiedersi informazioni.

23° Congresso nazionale dei medici condotti.

Come avevamo annunziato, si è svolto a Venezia dal 18 al 20 settembre.

All'inaugurazione intervennero molte autorità e rappresentanze, una folla di medici e d'invitati. Prese per primo la parola il prefetto S. E. Bianchetti, per il Ministro dell'Interno; egli rilevò come la legislazione fascista abbia migliorato le condizioni del medico condotto, cui le garanzie dei concorsi, di stabilità e di carriera hanno conferito una ineccepibile dignità professionale; anche in momenti di angustie per la pubblica finanza, il Governo non ha esitato ad imporre sacrifici ai comuni, per assicurare una adeguata situazione economica ai funzionari medici e un'adeguata assistenza alle popolazioni meno abbienti. Si augura che il sentimento del dovere e lo spirito di sacrificio dei medici condotti, consacrati dalla tradizione, rimangano immutati. Parlarono poi il segretario nazionale dei medici condotti dott. Agostinelli, il segretario del Sindacato dei medici fascisti della provincia dott. Allegrini, il gen. De Plato per la Milizia, il sen. Maragliano per l'Associazione Naz. Fascista di Studi sulla Tubercolosi, il segretario federale avv. Suppiej, il segretario generale dell'Associazione Generale del Pubblico Impiego on. Aldo Lusignoli, il podestà dott. Alverà, l'on. Scorza per il Segretario generale del Partito on. Turati.

Dei lavori ci occuperemo prossimamente.

19° Congresso stomatologico italiano.

Dal 15 al 19 settembre si è tenuto a Venezia l'annunziato Congresso stomatologico nazionale, organizzato dalla Federazione stomatologica italiana, sotto il patronato dell'Associazione stomatologica internazionale. Alla solenne cerimonia inaugurale, tenutasi nella sala napoleonica al Palazzo Reale, erano presenti S. E. il prefetto Bianchetti, il conte Volpi di Misurata, l'on. Perna, in rappresentanza del Presidente della Camera, S. E. Giuriati, il podestà dott. Mario Alverà, il segretario federale avv. Suppiej, il prof. Cavallara, presidente della Federazione stomatologica italiana, il dott. Chompret, presidente dell'Associazione stomatologica internazionale, il prof. Saraval, presidente del Comitato organizzatore del Congresso, con numerosi membri, illustri personalità della scienza stomatologica.

Parlarono il prefetto, il podestà, l'on. Perna, il dott. Chompret, il prof. Cavallara, il prof. Taraval, il dott. Allegrini.

Dei lavori daremo ulteriori notizie.

3° Congresso italiano di medicina e igiene coloniale.

La Società di Medicina e Igiene Coloniale terrà dal 3 all'8 ottobre a Tripoli il suo terzo Congresso che, per il modo come dirigenti e personalità eminenti del Regno e delle Colonie hanno atteso alla preparazione di esso, per il significato speciale che detto Congresso assume, essendo la prima riunione scientifica che si tiene nei possedimenti Coloniali, promette di riuscire un'affermazione degna dell'Italia fascista.

Il Comitato Organizzatore Nazionale ha provveduto a rendere quanto più conveniente possibile l'intervento da parte dei medici a questo importante raduno e grazie all'interessamento del Ministero delle Comunicazioni si è ottenuto il 50 % di riduzione su tutta la rete ferroviaria fino ai porti d'imbarco di Napoli, Catania e Siracusa, nonchè, per gentile concorso della Società di Navigazione Italiana, un prezzo cumulativo fra andata e ritorno inferiore a L. 600. Sono intercorsi anche accordi con i principali alberghi di Tripoli, per ottenere una forte riduzione.

In complesso i signori medici che vorranno prendere parte al III Congresso di Medicina Coloniale saranno gravati di una spesa fra viaggio e soggiorno a Tripoli non superiore alle L. 1000. L'eloquenza di tali cifre e la prospettiva di visitare uno dei più importanti nostri possedimenti Coloniali costituiscono un miraggio che non dovrebbe trovare alcuna riluttanza da parte dei medici italiani, sopratutto perchè la gita in Tripolitania costituisce un avvenimento scientifico e turistico di sommo interesse.

Il comitato organizzatore ha sede in Roma, via Giustiniani 5.

Congresso medico inglese.

L'Associazione Medica Britannica — che raccoglie la grande maggioranza dei medici inglesi — ha tenuto la sua 98ª riunione durante gli scorsi giorni.

Il chirurgo lord Moynihan ha fatto la commemorazione di Lister.

Congresso sulle malattie digerenti e del ricambio.

La « Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten » terrà, come abbiamo già annunziato, la sua 10ª riunione a Budapest, dal 6 all'8 ottobre. Temi: « Cambiamenti di posizione e di forma degli organi digerenti, in specie ptosi e diverticoli »; « Malattie delle ossa nei rapporti col ricambio del calcio, con le secrezioni interne e con le vitamine »; « Infiammazioni degli organi digerenti come problema patogenetico ». Conferenza: « Organizzazione delle cucine dietetiche nelle cliniche di Budapest ». Dimostrazioni: « Stenosi piloriche non emorragiche », « Rettoscopia ». I lavori si svolgeranno nella grande sala dei concerti della Scuola superiore di Musica (Liszs Ferenc tér 8, Budapest VI), sotto la presidenza del prof. Korányi. Verranno inaugurati con un discorso del ministro della cultura conte von Klebelsberg. Tassa d'iscrizione R. M. 10. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. R. von den Velden, Bamberger Strasse 49, Berlin W 30, Germania.

1° Congresso spagnolo di tisiologia medico-sociale.

Viene preparato allo scopo d'illuminare il pubblico e il Governo sulle stragi recate dalla tubercolosi, che in Spagna fa 75.000 vittime l'anno, sui mezzi di lotta contro la grave malattia e per promuovere le iniziative atte ad intensificare questa lotta.

Tra gli aderenti si contano molte spiccate personalità, tra cui Recasens, Sousa, Valdes ecc. dell'Accademia Reale di Medicina; Pittaluga, direttore della Scuola nazionale di Sanità; Hinojar, per il Collegio dei medici; Mogena, per l'Accademia medico-chirurgica; ecc.

1° Congresso argentino di neuro-psichiatria e medicina legale.

La « Sociedad de Neurología y Psiquiatría » di Buenos Aires ha deciso di convocare un Congresso nazionale di neurologia, psichiatria e medicina legale per l'ottobre del 1931. Il Comitato esecutivo è presieduto dal dott. Juan M. Obarrio; segretari ne sono i dottori José C. Belbey, Julio L. Hanon e Roque Orlando. Sede sociale: Santa Fé 1171, Buenos Aires.

Commissione per lo studio delle norme sanitarie internazionali per la navigazione aerea.

A Parigi, si è riunita la Commissione per lo studio delle norme sanitarie di carattere internazionale da applicare alla navigazione aerea civile. Erano presenti i delegati dei seguenti stati: Italia, Inghilterra, Francia, Germania, Belgio, Olanda, Giappone e Persia. La Commissione ha tracciate le linee direttive di massima. Sono stati nominati due relatori — tra cui il dott. Lutrario, delegato dell'Italia — i quali hanno l'incarico di preparare il disegno di convenzione internazionale che dovrà, dopo il parere della Commissione e del Comitato permanente d'igiene, essere sottoposto alla approvazione dei vari Governi.

Al 5° Congresso internazionale per la navigazione aerea

tenutosi all'Aja il 2 settembre e ss., il nostro dott. G. B. Cacciapuoti ha riferito sul tema: « La patogenesi del male degli Aviatori e i rimedi curativi e profilattici ».

Corso complementare in urologia.

Una serie di conferenze è stata organizzata all'« Hôpital Laboisière » di Parigi, nel Servizio del prof. Marion, a partire dal 3 settembre. Tassa d'iscrizione 300 fr. Rivolgersi alla: Faculté de Médecine, A. D. R. M., Salle Béclard, Parigi.

Il nuovo Ospedale di Bergamo.

Il 20 settembre i Principi di Piemonte hanno inaugurato solennemente il nuovo grandioso ospedale di Bergamo, che è intitolato alla Principessa Maria.

Il Governo era rappresentato dal sottosegretario di Stato per le corporazioni on. Alfieri. I Principi erano accompagnati dall'aiutante di campo gen. Clerici e dal principe e dalla principessa di Sulmona.

L'on. Alfieri, a nome del Governo, inneggiò ai Principi di Piemonte, recatisi a consacrare la creazione poderosa nel campo assistenziale ed umanitario, resa possibile dalla ferrea volontà del fascismo bergamasco, e dichiarò inaugurato nel nome del Re il nuovo ospedale.

I 25 bellissimi padiglioni che costituiscono l'ospedale sorgono nella vasta conca di Santa Lucia; occupano un'area di 300 metri di fronte, su 500 di profondità. Ideatore ne è stato l'ing. Giulio Marcovigi, lo stesso che ha progettato l'ospedale di Bari. La capacità raggiunge 1000 letti.

Nuovo padiglione all'Ospedale di Gallarate.

Il Consiglio Ospedaliero di Gallarate ha approvato il progetto tecnico per la costruzione di un nuovo padiglione, che comprenderà la cucina, la lavanderia, i bagni (in due reparti, dei quali uno per il pubblico, con apposito ingresso), gli alloggi per le infermiere e per le suore; la spesa è preventivata in un milione di lire circa.

Istituto per lo studio del cancro a San Francisco.

Il sig. Georg Ross e signora hanno offerto alla Scuola Medica dell'Università di California in San Francisco la somma di 105.000 doll., pari a 2 milioni di lire it., per una Fondazione in memoria dei genitori della signora, J. J. e Nettie Mack, di cui recherà il nome, destinata allo studio del cancro e delle malattie chirurgiche del torace. All'Istituto è annesso un ambulatorio. L'inaugurazione ebbe luogo il 9 giugno.

Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma.

Nel Palazzo della Provincia, si è riunita la Giunta esecutiva del Consorzio provinciale antitubercolare di Roma, sotto la presidenza del

comm. dott. Tommaso Ciampani, commissario prefettizio dell'Amministrazione della Provincia e presidente del Consorzio.

Fu inviato un deferente saluto a Umberto Ricci, già presidente del Consorzio, ora destinato Prefetto di Torino, e l'augurio di pronta guarigione al prof. Ascoli, vice-presidente.

La Giunta esecutiva ha deliberato di inaugurare per il 28 ottobre prossimo una sezione ospitaliera a Fondi, per malati di tubercolosi polmonare; il dispensario di Frascati e di Subiaco, con annessa sezione ospitaliera; ha approvato l'esecuzione dei lavori per la trasformazione del fabbricato « Conservatorio » — che il Consorzio ha acquistato in Palestrina dal Brefotrofio — in Colonia profilattica permanente per bambini predisposti alla tubercolosi. A tale colonia permanente sarà annesso un dispensario profilattico a beneficio anche delle popolazioni dei Comuni limitrofi. Ha inoltre stabilito di istituire un altro dispensario profilattico a Valmontone, ed un dispensario a Monterotondo con annessa sezione ospitaliera.

La Giunta esecutiva ha preso anche atto con compiacimento dell'opera svolta dal Consorzio per utilizzare proficuamente la collaborazione dei medici condotti nei riguardi della lotta contro la tubercolosi nella Provincia.

Sono state pure prese altre deliberazioni d'ordine assistenziale e varie.

Una Commissione di medici Georgiani visita l'Opera maternità ed Infanzia.

Una Commissione di medici sovietici Georgiani composta dei sigg. dottori Koniaschwili, Frangulian e Mcedlidze si è recata negli Uffici dell'Opera nazionale maternità e infanzia per prendere notizie sul funzionamento di questa massima istituzione Fascista per l'incremento della razza.

La Commissione accompagnata dal comm. Tommasi Crudeli del Ministero dell'Interno e da un consigliere dell'Ambasciata Sovietica, si trattenne negli Uffici dell'Opera per oltre due ore, prendendo numerose note ed appunti sul funzionamento dell'Istituto. Venne poi accompagnata dal dirigente dei servizi sanitari dell'Opera a visitare varie istituzioni nelle quali sono messi in pratica i postulati dell'assistenza fascista. I delegati sovietici manifestarono a più riprese il loro favorevole giudizio sulla politica sociale così vigorosamente seguita dal Governo Fascista per l'elevazione morale e culturale del nostro Paese.

Ambulatori medici presso le farmacie.

Il Consiglio Medico dell'Unione Sud-Africana ha fatto voto perchè sia vietato il funzionamento di ambulatori medici annessi alle farmacie, i quali si risolvono in un comparaggio medico-farmaceutico, lesivo per la dignità delle professioni sanitarie. L'Ufficio di Farmacia ha tenuto un'adunanza in comune col Consiglio suddetto, allo scopo di mettere in rilievo che si tratta di una consuetudine antica, la quale va gradatamente scomparendo, in modo automatico, di modo che non mette conto di occuparsene. Furono trattati anche altri problemi di deontologia medico-farmaceutica.

Elargizioni all'Accademia Medica di New York.

Sono state fatte recentemente varie elargizioni all'Accademia Medica di New York. Ne segnaliamo una, di un anonimo, dell'importo di 10.000 dol. (ossia circa 200.000 lire it.), in onore del dott. William S. Halsted, già professore di clinica chirurgica. Il reddito sarà destinato all'acquisto di libri.

All'Accademia vengono anche offerti, quadri, statue, incunabuli, tra cui segnaliamo un « Nicolaus Salernitanum » donato dal dott. A. S. W. Rosenback.

Per l'insegnamento medico post-universitario in Inghilterra.

Un comitato nominato dal ministro Neville Chamberlain, per concretare uno schema d'insegnamento medico post-universitario a Londra, ha redatto un rapporto, in cui si raccomanda di fondare una Scuola Medica Britannica Ospedaliera Post-universitaria (British Post-Graduate Hospital and Medical School).

Piuttosto che costruire un nuovo ospedale, il rapporto propone di valersi dello Hammersmith Hospital. La spesa iniziale per nuove costruzioni, arredamenti, ecc. è preventivata in 250.000 sterline (ossia oltre 20 milioni di lire it.); il funzionamento importerebbe 100.000 sterline l'anno (ossia circa 9 milioni di lire it.). Il Governo fornirebbe la somma iniziale; si confida nel concorso della città e della contea di Londra; verrà anche lanciato un appello al pubblico.

Studiosi italiani all'estero.

Si apprende che il prof. Giuseppe Franchini è stato invitato da diverse Università americane, per tenere delle conferenze di propaganda. Egli parlerà a Brooklyn, New York, Filadelfia, Baltimora, Washington, Cleveland ed altre città su argomenti della sua materia. Quale cultore anche della Storia della Medicina, egli commemorerà il 2° Centenario della morte del nostro grande naturalista e fisiologo Antonio Vallisnieri da Scandiano.

Viaggio medico internazionale alla Costa Azzurra.

Per festeggiare la nuova Facoltà medica di Marsiglia, il 7° viaggio natalizio sulla Costa Azzurra, organizzato dalla « Société Médicale du Littoral Méditherranéen », avrà quest'anno un lustro maggiore del consueto.

Sarà diretto dai proff. Forgue, clinico chirurgo di Montpellier; Imbert, clinico chirurgo di Marsiglia; M. Labbé, clinico medico di Parigi. Adunata a Marsiglia, il 26 dicembre; si visiteranno Aix (l'antica Aquae Sextiae, già capitale della Provenza e che oggi torna ad esserne la metropoli termale) ed una serie di altre città e di paesi, tra cui Tolone, Hyères, Antibes, Cannes, Nizza, Montecarlo, Mentone, ecc.; a San Remo i viaggiatori saranno ricevuti dalle autorità italiane; a Bordighera verrà, con una cerimonia ufficiale, intitolata una strada a Pasteur; si visiteranno anche altre stazioni climatiche italiane. Il viaggio si chiuderà a Nizza l'8 gennaio. Gli aderenti riceveranno un biglietto di abbonamento, a metà prezzo, sulle ferrovie francesi e ita-

liane della località, valevole per un mese. I viaggiatori godranno del massimo *comfort*. Il numero dei posti sarà, necessariamente, limitato. Scrivere al più presto al presidente della società suddetta, rue Verdi 24, Nizza.

Incendio in un ospedale.

Un incendio sviluppatosi nelle dipendenze dell'Ospedale Centrale di Siviglia (Spagna), assunse proporzioni abbastanza considerevoli e determinò gravi danni materiali; fortunatamente non devono deplorarsi infortuni alle persone.

L'introito della tassa sui celibi.

Nell'esercizio finanziario 1929-30 il gettito dell'imposta sui celibi è stato di 107 milioni e mezzo circa, con un aumento di oltre tre milioni in confronto dell'anno finanziario precedente.

Com'è noto, questo introito è assegnato all'Opera Nazionale Maternità Infanzia.

Un medico dà il suo sangue.

Il dott. Leonardo Bini, assistente nell'Ospedale di Empoli, ha dato 300 grammi di sangue per una puerpera anemizzata, che però non veniva salvata.

Un consulto a 14.000 chilometri.

Il dott. Justo Lejo Pavia di Buenos Aires, trovandosi a Berlino, ha voluto consultare il prof. Mariano Castex, di Buenos Aires, su di un malato gravemente colpito nella vista. La fotografia degli occhi venne trasmessa con un sistema speciale, per radio, il che richiese 15 minuti di arduo lavoro. Poi il dott. Pavia espose la storia clinica per telefono. Il prof. Castex assicurò che la trasmissione radiofotografica era riuscita alla perfezione e che egli poteva porre la diagnosi di malattia incurabile. Così « La Voz Médica » di Madrid.

Poco dopo aver compiuto il 63° anno, cessava di vivere il prof. THEODOR AXENFELD, direttore della Clinica oftalmologica di Friburgo. Era nato a Smirne; fu assistente di Uhthoff prima a Marburgo e poi a Breslavia; a soli 30 anni conseguì la cattedra di clinica oftalmologica a Rostock, come ordinario; nel 1901 la cambiava con quella di Friburgo. Ha creato una scuola che fu reputatissima in Germania e fuori: il suo Istituto era visitato e frequentato da studiosi di ogni parte del mondo. Ben noti sono i suoi studi sulla batteriologia delle congiuntiviti e cheratiti. Il suo trattato di oftalmologia è giunto alla 7ª edizione. Nel 1904 assunse la direzione dei « Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde », fondati da Zehender, e v'impresse un impulso poderoso: ne fece uno dei periodici più quotati della specialità. Si adoperò molto per attivare i rapporti internazionali, valendosi della sua perfetta conoscenza di più lingue. Da poco era reduce dal Giappone, ove era stato invitato a tenere delle conferenze. Ha fatto molti allievi di valore, alcuni dei quali occupano delle cattedre universitarie. Non negava mai il suo aiuto e il suo consiglio: si prodigava per gli altri.

MEZZATESTA.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Lotta contro la Tuberc., mag. — A. ILVENTO. La tubercolosi si vince nella seconda generazione. — G. RONZONI. Il pneumot. ambulat. dal punto di vista pratico e sociale.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., giu. — P. PERRIZ e DRONET. Elettrocardiogramma durante il pneumotorace art. — L. GRAVIER. Paralisi transitorie e crisi anginose.

Chir. d. Org. di Movim., mag. — R. ZANOLI. Osteomielite vertebrale. — E. LEO. Innesto autoplastico di sangue nelle cavità ossee.

Paris Méd., 21 giu. — Numero di farmacologia.

Presse Méd., 21 giu. — G. RAMON e al. Immunità antidifterica. — F. PARODI. Interpretaz. dell'allergia cutanea di Pirquet.

Journ. d. Prat., 28 giu. — H. VIGNES. Si può accelerare il parto?

Riv. di Patol. nerv. e ment., 25 giu. — Resoconto dell'8° Congresso it. di neurol.

Deut. Med. Woch., 27 giu. — PEIFER. Irregolarità dell'attività cardiaca nell'infanzia. — HÜBENER. Prognosi delle cardiopatie.

Bull. Méd., 28 giu. — Numero sui reumatismi.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 28 giu. — L. K. WOLFF. L'immunità aspecifica.

Revue Belge des Sc. Méd., apr. — G. GALLERO. Emoistotlasti basofili.

Riv. San. Sicil., 15 giu. — A. DI SALVO e al. Gruppi sang. nella tbc. polm.

Clin. Chir., mag. — ROTOLO. Fratture del calcagno. — FIASCHI e BENASSI. Mixoma dell'omero.

Acta Med. Latina, mar.-apr. — C. NINNI. Batterioterapia lattica.

Journal A. M. A., 14 giu. — F. H. LASHMET e L. H. NEWBURGH. Peso specif. dell'urina nell'esame della funzionalità renale. — H. A. FREUND e W. B. COOKSEY. Tirotossicosi in soggetti anziani senza segni di gozzo. — I. F. HUDDRESON e H. W. JOHNSON. Brucellosi.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero di neurologia.

Pathologica, 15 giu. — G. SANGIORGI. Patogenesi delle spirochetosi itterogene. — G. TRUFFI. Potere spirocheticida di sieri di luetici.

Rif. Med., 9 giu. — I. IACONO. Bronco-williasi. — 2° Congresso medico di S. Pellegrino sulla fisiologia e patologia della pelle.

Bull. Ac. de Méd. de Paris, 17 giu. — C. LEVADITI e al. L'encefalite da ricorrente.

Soc. d. Hôp., 13 giu. — E. FOUILLÉ. Ipofilassi e terapia autofilattica. — F. BEZANÇON e al. Linfogranulomatosi maligna.

Ann. Institut Pasteur, giu. — A. CALMETTE e J. VALTIS. Granulemia prebacillare e bacillosi. — V. DE LAVERGNE. Sierodiagn. nella dissenteria bacillare.

Giorn. di Med. Mil., lug. — A. GERMINO. L'esametilentetramina nella preparaz. di vaccini batterici. — F. GRIFFI. Malacia traumatica del semilunare.

Radiol. Med., lug. — V. DALL'ACQUA. Aspetti radiologici del duodeno mobile. — L. GIUNTOLI. Gastrite tossica segmentaria dell'antro.

Lotta contro la tub., giu. — A. ILVENTO. Andamento della mortalità per tbc. in Italia. — E. TREPICCIONI. Area di ipofonesi paravertebrale nella frenico-exeresi unilaterale.

Soc. d. Chir. de Paris, 16 mag. — G. F. CLÉMENT. Ileo post-operat. trattato con iniezioni en-

dovenose di soluz. ipertonica di cloruro di sodio. — LANOS. Osteomielite cron. — 6 giu. R. MASSARA. Malformazioni articolari ostetriche. — LAVENANT. Contusione renale; pionefrosi gonococcica un anno dopo; nefrectomia.

Dermosifilografo, lug. — V. NICOLETTI. Prove di terapia antisifilitica con sale organico di stronzio.

Studium, 1 lug. — G. B. CACCIAPUOTI. Patogenesi del male degli aviatori.

Ann. de Méd., mag. — C. RICHET fig. L'asma anafilattico. — M. LABBÉ. Il coma diabetico.

Presse Méd., 28 giu. — C. GANDY e P. BAIZE. Calcificazioni pleuriche. — M. DOGLIOTTI e M. MAIRANO. Terapia salata nell'occlus. intestin.

Journ. A. M. A., 21 giu. — N. B. FOSLER. L'insulina: uso corretto e scorretto. — N. B. FOSLER. L'alimentaz. del diabetico.

Quaderni di Psich., mar.-apr. — A. GEMELLI. Natura e genesi del carattere.

Practitioner, lug. — Numero di pediatria.

Brasil-Med., 14 giu. — J. M. DA ROCHA. Diagnosi precoce e trattam. del mixedema congenito.

Lancet, 5 lug. — J. COWAN. Fibrosi del cuore. — F. DICKENS e F. SIMER. Metabolismo dei tumori.

Deut. Med. Woch., 4 lug. — BORST. Rapporti tra ormone del lobo ant. dell'ipofisi e gland. genit. masch. — SCHRÖDER. Il secreto della tiroide.

Mediz. Well, 5 lug. — G. MOOG. La pressione sang. normale. — H. HIRSCHFELD. Morbo di Recklinghausen grave.

Revue Sud-Amer. de Méd. et Chir., mag. — E. VAMPRÉ. Sindrome di Christian. — A. FORTES. Il problema patogenetico dell'infezione tbc.

Arch. It. di Urol., giu. — M. TRINCAS, C. RAVASINI, G. B. LASIO, G. WIGET, R. RINALDI. Radiografia urologica.

Revue de Méd., giu. — Numero di venereologia.

Soc. d. Hôp., 20 giu. — C. LACORRY e A. TZANCK. Meccanismo della sincope. — J. GATÉ e GIRAUD. Ittero infettivo seguito da zona in eredosifilitico.

Mediz. Klinik, 4 lug. — R. SCHMIDT. Colelitiasi. — SLAUK. Eziologia delle nevralgie e delle neviti.

Brit. Med. Journ., 5 lug. — S. A. KINNIER WILSON. Semiologia nervosa con sp. riguardo all'epilessia.

Riv. di Pat. nerv. e ment., mag.-giu. — U. POPPI. Esiste una sindrome del corpo subtalamico di Luys? — P. ARMENISE. Piretoterapia chimica nella paral. p. e in altre malattie del nevrasse.

Riv. di Pat. e Cl. della Tuberc., 30 giu. — A. SEGA e A. BRUSTOLON. Virus tbc. filtrabile. — C. MARCIALIS. Intradermo-reazione alla resorcina. — C. ALESSANDRI. Telengiactesie cutanee toraciche nei tubercolotici.

Paris Méd., 5 lug. — Numero sul cuore e i vasi.

Journ. A. M. A., 28 giu. — W. W. HAMBURGER e M. W. LEV. Ipertiroidismo mascherato. — H. M. JOHNSON e al. La posizione nel sonno. — W. G. MORGAN. Il paternalismo in medicina.

Wien. Klin. Woch., 10 lug. — KOVÁCS. Stati febbrili.

Riforma Med., 23 giu. — V. PUTTI. Artrite vertebrale e trauma.

Ann. d'Ig., giu. — A. SEPPILLI e G. FIUME. Disinfezione con alcuni derivati del catrame. — C. G. GASPERINI. Allergia nel bottone d'Oriente.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 6 lug. — A. CLERICI. Il prurito pleurico. — L. SUSSI. Rottura spontanea della cistifellea.

Acta Med. Scand., Suppl. — Resoc. del 14° Congresso Nordico di med. int.

Id., IV. — K. SECHER. Cause dell'ipertonia. — S. A. HOLBOLL. Anemie pseudo-perniciose.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 6 Ottobre 1930 Num. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. L. SPOLVERINI

Sui criteri di diluizione del latte per l'alimentazione artificiale nei primi mesi di vita

per il dott. GIAN CARLO BENTIVOGLIO,
aiuto e lib. docente.

(*Cont. e fine; v. num. prec.*).

II. — CONTRIBUTO PERSONALE.

Nella maggior parte dei testi pediatrici moderni si prescrive, oramai, il latte non più diluito che al 1/2 a cominciare già dalle prime settimane di vita; notevole disparità sussiste invece nelle indicazioni per il passaggio a concentrazioni maggiori a seconda dell'età del poppante; così mentre alcuni prescrivono il latte diluito a 2/3 già dalla fine del primo mese, o dall'inizio del secondo (5), altri aumentano assai gradualmente la concentrazione fino a raggiungere quella a 2/3 solo verso il 5° mese e quella a 3/4 verso l'8° mese (6).

Tale disparità, che si riflette ancora nei criteri didattici sull'argomento, non deve fare meraviglia quando si pensi, alla stregua delle nozioni esposte nella prima parte di questa monografia, che la diluizione per sè stessa, sia al 1/2 sia a 2/3, non rappresenta nulla di definitivo, ma solo un compromesso tra due principî opposti; questo come tale non soddisfa completamente nè all'uno nè all'altro, cioè nè al fabbisogno integrale del lattante nè ai suoi requisiti digestivi: esso anzi esprime l'impossibilità per lo meno pratica di conciliare i vantaggi della diluizione del latte con quelli che derivano invece dalla somministrazione di latte intero.

Posta in questi termini, la questione poteva considerarsi chiusa in una specie di circolo vizioso. L'unico modo per tentarne una soluzione migliore era quello di invertire le sue premesse teoriche, di vedere cioè se non fosse

(5) MARFAN. *Traité de l'allaitement*. Ed. Masson, Parigi, 1930.

(6) FRONTALI. *L'alimentazione del bambino*. Ed. Pozzi, Roma, 1928.

per caso possibile di *conferire invece al latte intero gli stessi vantaggi che dà la diluizione senza bisogno di ricorrere a questa.*

La impostazione del problema in questi termini tocca direttamente il meccanismo per il quale la diluizione del latte esplica la propria utilità. L'interpretazione del fenomeno è tutt'altro che chiara, e il primitivo concetto che spiegava e giustificava i vantaggi del latte diluito solo in rapporto alla riduzione del per cento di caseina, risulta alla prova critica dei fatti insufficiente o troppo semplicista.

Innanzi tutto l'ipotesi che la caseina del latte di vacca fosse per sè stessa dannosa o tossica nel lattante come sostanza albuminoidea eterogenea, ha perduto terreno essendo dimostrato dalla fisiologia che la scissione idrolitica digestiva spoglia le sostanze proteiche anche del loro carattere primitivo di specificità, rendendo innocui i prodotti ultimi della digestione (aminoaicidi). La stessa ipotesi potrebbe sussistere nel caso eccezionale di soggetti ipersensibili per i quali del resto non basterebbero certo le comuni diluizioni del latte per evitare fenomeni di anafilassi alimentare. Se si vuole ammettere quindi un'azione tossica da parte della caseina, bisogna presupporre una formazione eccedente di prodotti assai incompleti della digestione proteica, i quali trovino inoltre una abnorme permeabilità della barriera intestinale, e scarsa difesa da parte del fegato.

Si può allora accusare l'eccesso di sostanze albuminoidi come causa per sè stesso di una insufficiente ed incompleta elaborazione digestiva da parte del lattante? In senso assoluto ciò non è sostenibile quando si pensi che lo stesso lattante al seno riceve proprio nelle prime due settimane un latte particolarmente ricco di materie azotate e più povero invece di grasso e di zucchero: non è sostenibile anche nel caso del lattante al poppatoio dopo le dimostrazioni date dal Finkelstein in merito alla larga tolleranza verso la stessa caseina del latte di vacca. Pertanto l'accusa fatta all'eccesso di caseina non può essere ammessa che in via relativa cioè subordinata ad un'altra condizione di fatto. Se si considera che due razioni identiche di latte intero sono diversamente tollerate dal lattante quando l'una viene somministrata nella sua concentrazione bruta e l'altra con aggiunta di acqua, si deve necessariamente dedurre che il meccanismo della diluizione opera e giova anche all'infuori del fattore quantitativo, cioè non solo attraverso la formazione nello stomaco di un coagulo di volume minore in rapporto alla riduzione della caseina, ma sopratutto modificandolo anche in senso qualitativo a vantaggio evidente quindi della prima e più importante fase del ciclo digestivo. L'obiezione mossa da alcuni AA. che con il latte diluito non possa aversi nello stomaco un coagulo diverso da quello che darebbe una corrispondente quantità di latte non diluito per il fatto che con la coagulazione la parte liquida si separa subito, eliminandosi attraverso il piloro, non mi pare attendibile: è anzi di facile e comune constatazione *in vitro* il reperto opposto, cioè la formazione di un coagulo più fine e più poroso con l'uso di latte diluito in confronto del latte intero.

Ciò dimostra che l'acqua di diluizione influisce già in un primo tempo e direttamente sulle modalità intrinseche del processo di coagulazione del latte, e allo stato attuale delle nostre conoscenze appare giustificato concepire tale influenza in relazione a quell'indirizzo fisico-chimico intrapreso in questi ultimi anni nella nostra Scuola per lo studio del problema dell'allattamento artificiale, e già affermato in alcune memorie originali (7), ed anche nel lavoro d'insieme pubblicato sull'argomento dal mio Maestro (8).

Il meccanismo della diluizione del latte può essere allora inquadrato negli effetti che l'aggiunta di acqua o delle comuni decozioni mucilaginose esercita sull'equilibrio colloidale del latte stesso, modificandolo (come risulta dalle osservazioni ultramicroscopiche) in senso favorevole ad un maggior grado di dispersione delle micelle di caseina e, di conseguenza, secondo le leggi della chimica colloidale, in senso pure favorevole ad una coagulazione più fine e meno massiva.

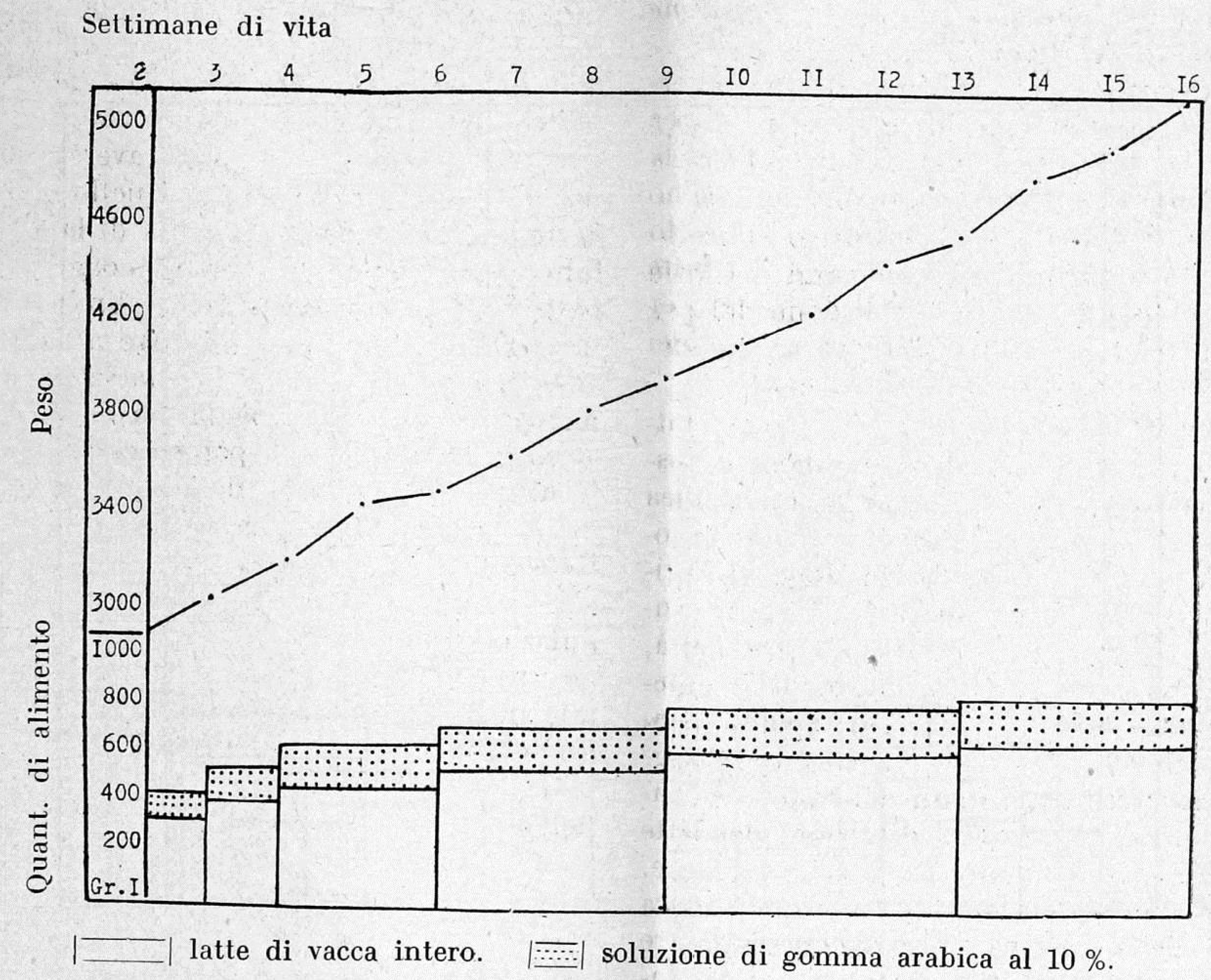
Allo stesso meccanismo fondamentale si riconnettono in parte le differenze comunemente riscontrate *in vitro* nei processi di precipitazione e di coagulazione tra il latte di donna e il latte di vacca: il reperto dell'esame ultramicroscopico nei due latti dimostra infatti nel latte di donna la presenza della caseina in uno stato di dispersione colloidale assai maggiore che non nel latte di vacca. Ciò sta in rapporto, secondo i colloidisti, alla funzione pro-

---

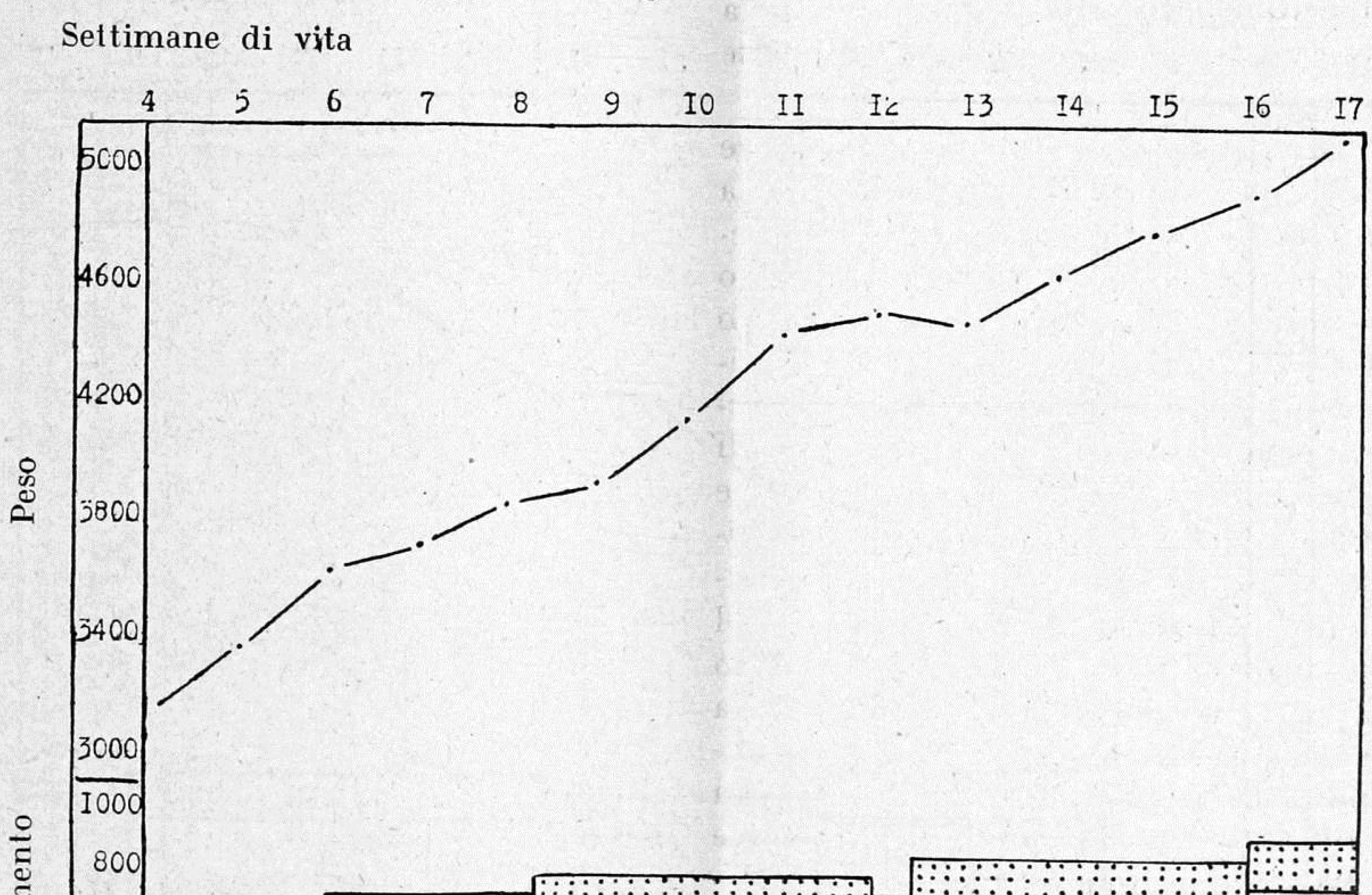
(7) G. C. BENTIVOGLIO. *Studio sui lattoconi.* La Pediatria, 1928. *Su alcune nozioni di chimica colloidale applicate al problema e alla tecnica dell'allattamento artificiale.* Boll. Soc. Med. Chir., Pavia, e Riv. di Clin. Ped., 1928.

(8) L. SPOLVERINI. *Le recenti acquisizioni della scienza sulla alimentazione della prima infanzia.* Cap. III. Edit. Pozzi, Roma, 1929.

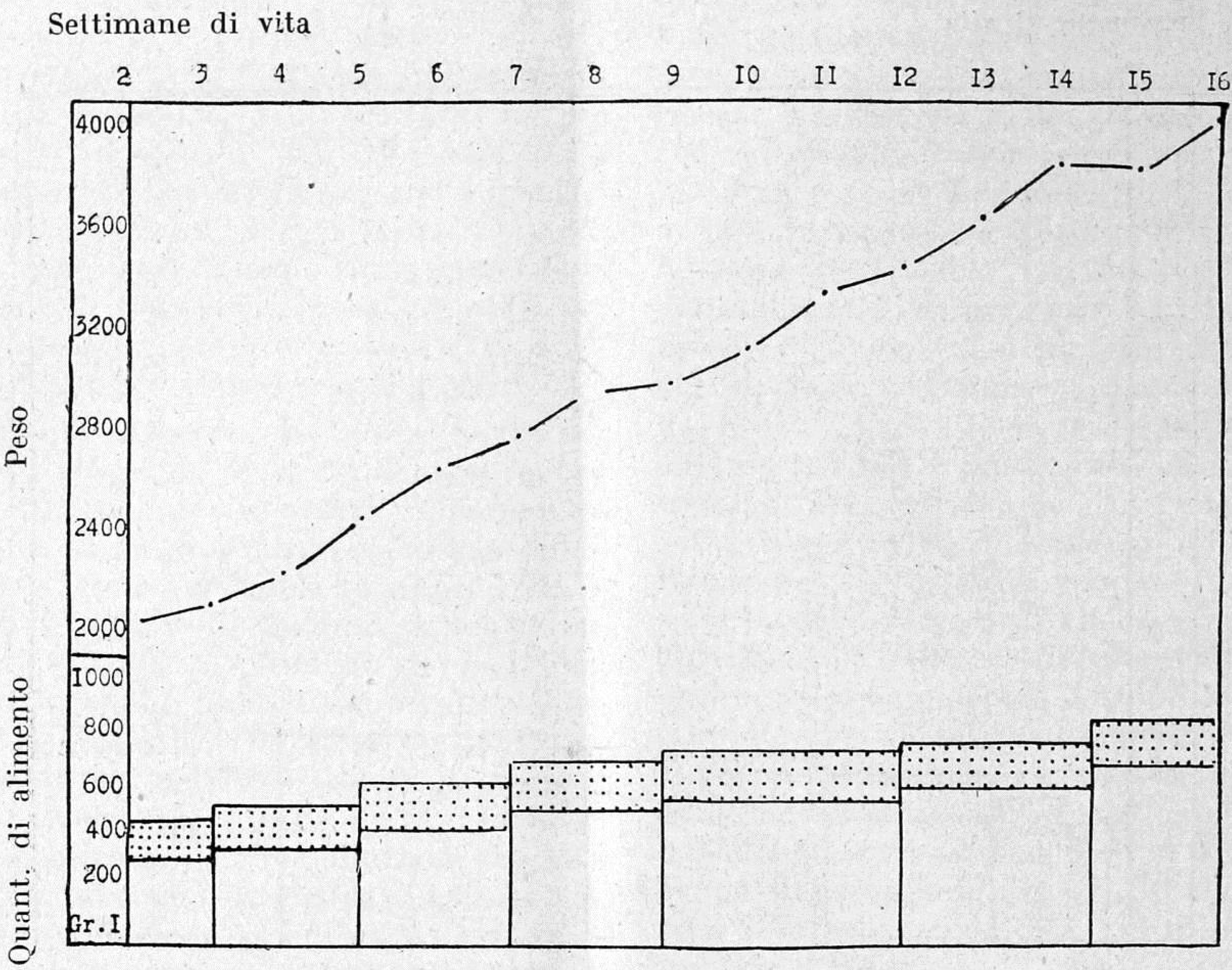
Grafica N. 1. — R. F., giorni 17. Kg. 2.900.



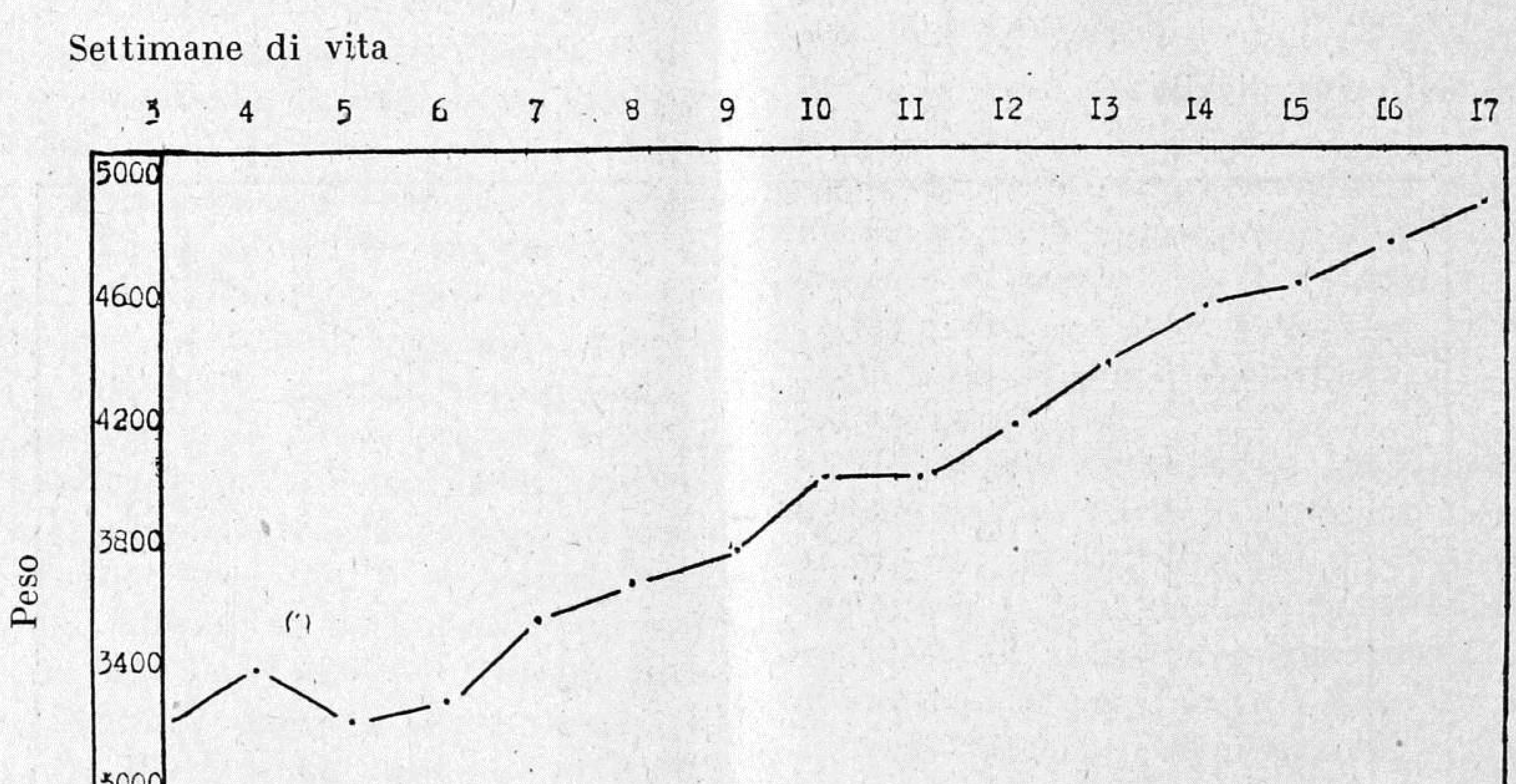
Grafica N. 2. — Z. R., giorni 26. Kg. 3.200.



GRAFICA N. 3. — Z. M., giorni 16. Kg. 2.100 (prematuro).



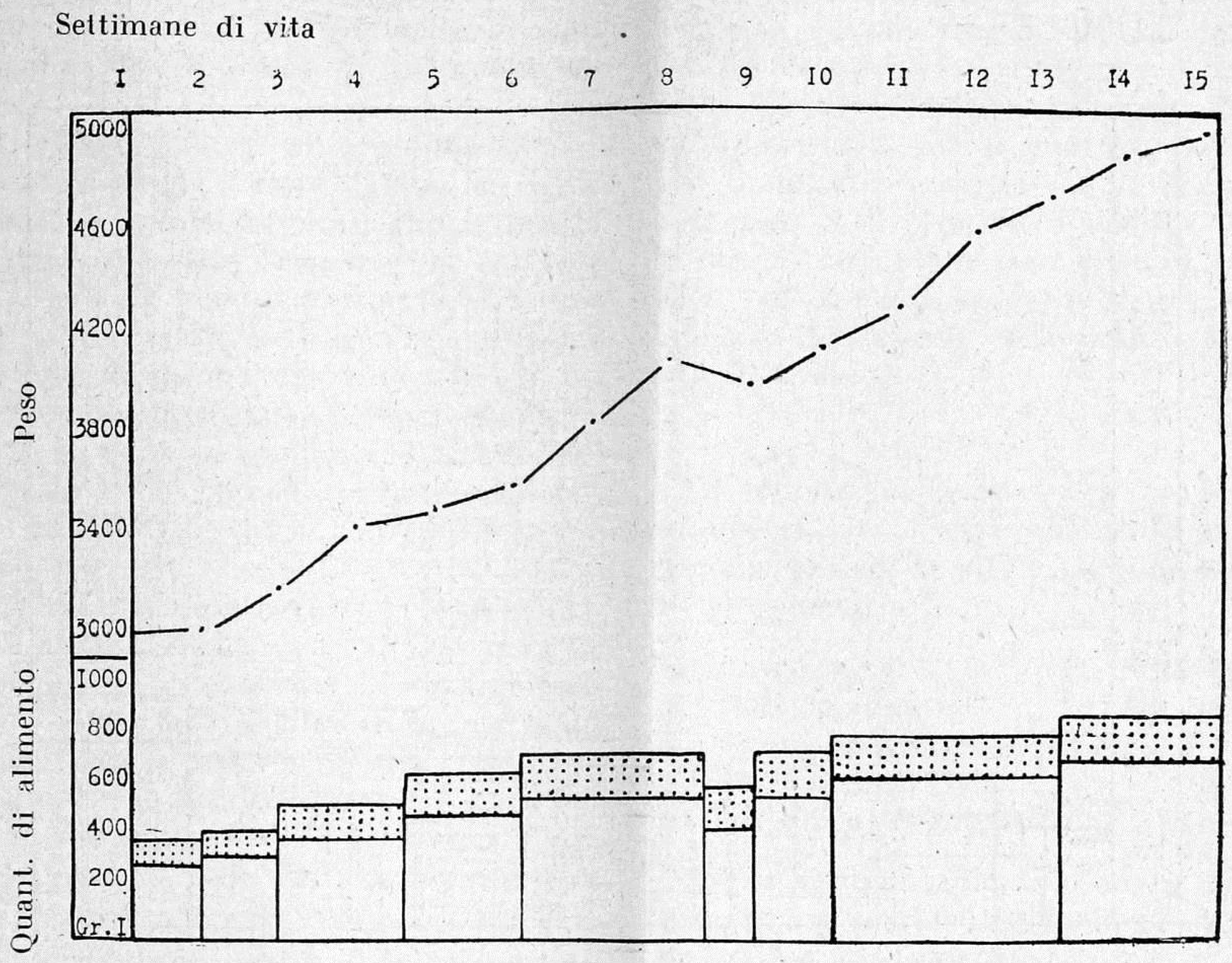
GRAFICA N. 4. — R. M., giorni 24. Kg. 3.300.



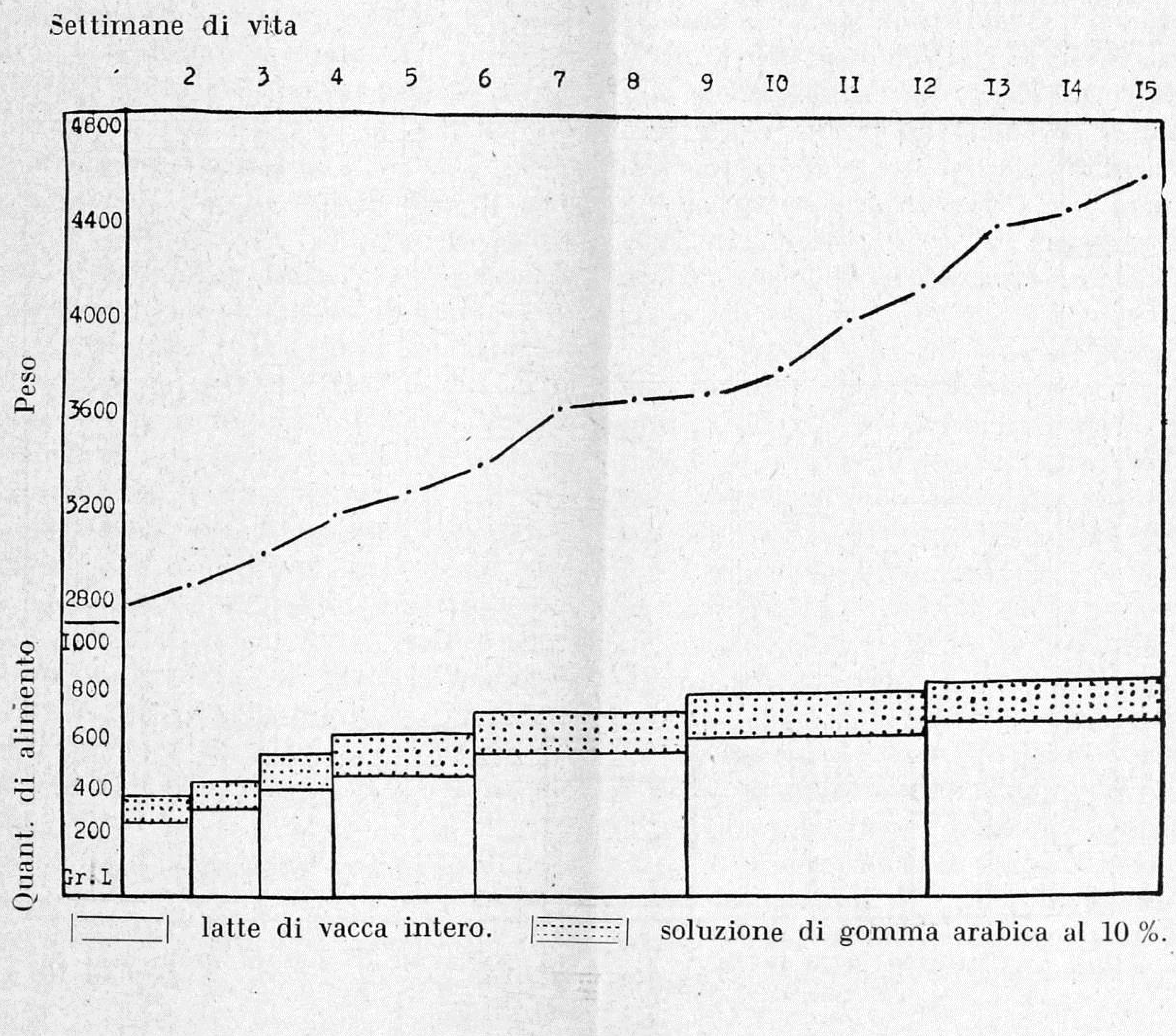
(*) attacco di febbre grippale.

latte di vacca intero. soluzione di gomma arabica al 10 %.

Grafica N. 5. — B. F., giorni 10. Kg. 3.000.



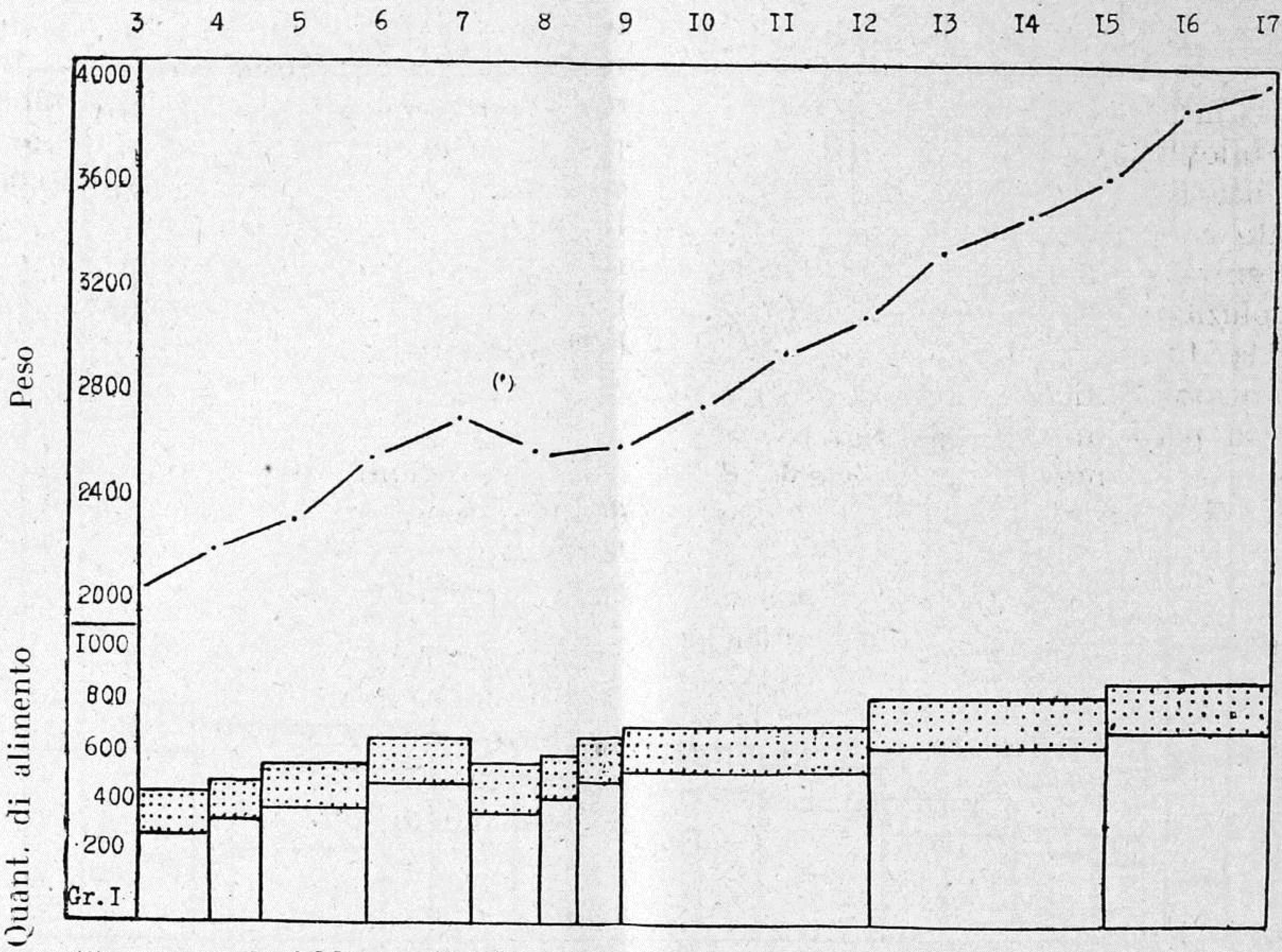
Grafica N. 6. — B. V., giorni 10. Kg. 2.850.



latte di vacca intero. soluzione di gomma arabica al 10 %.

GRAFICA N. 7. — M. G., giorni 23. Kg. 2.050 (prematuro).

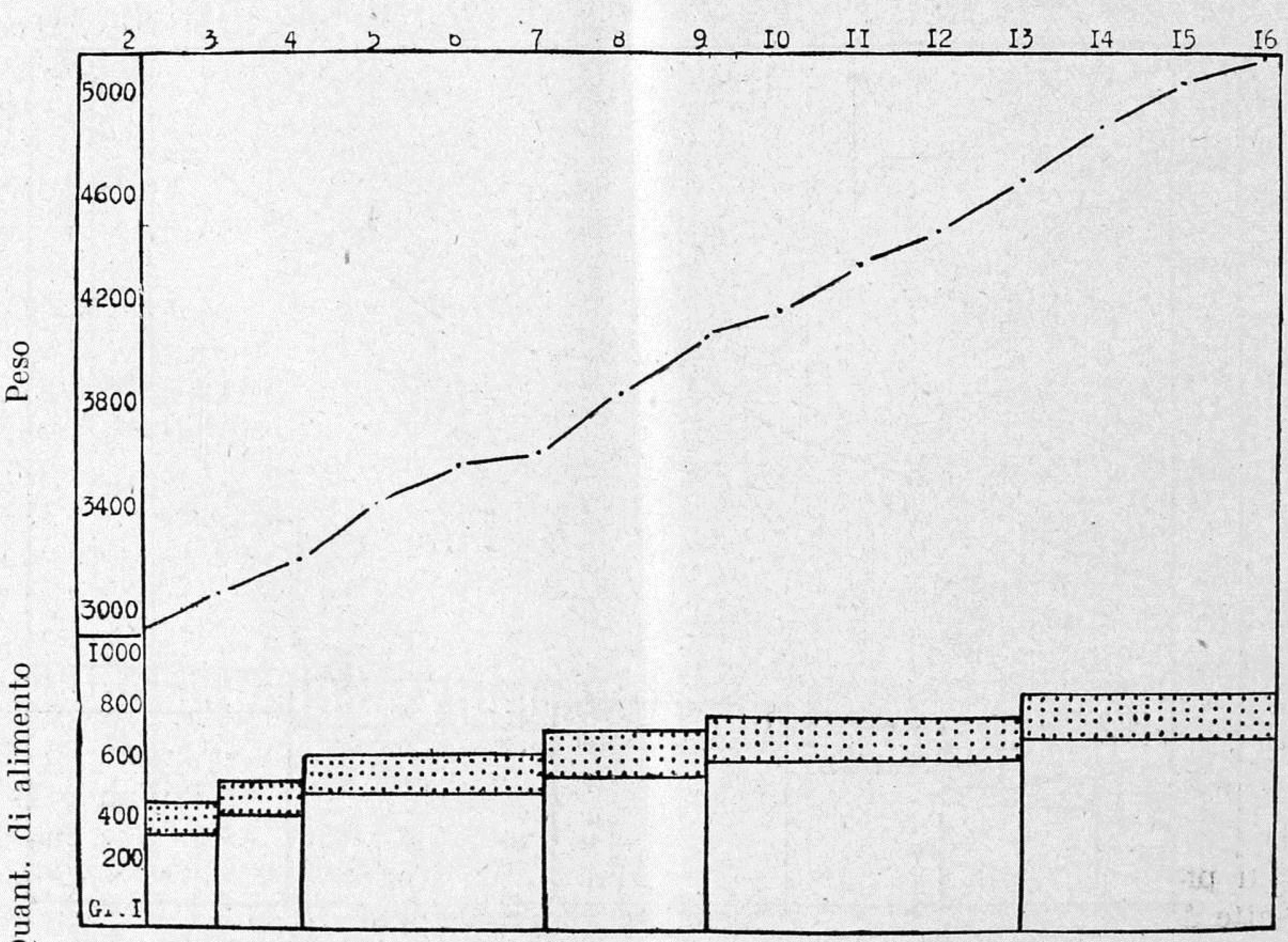
Settimane di vita



(*) attacco di febbre grippale.

GRAFICA N. 8. — G. M., giorni 15. Kg. 2.950.

Settimane di vita



latte di vacca intero. soluzione di gomma arabica al 10 %.

tettiva o stabilizzante esercitata su di esso dalla naturale presenza di lattalbumina contenuta in proporzioni correlative assai maggiori, nel latte di donna, nei confronti di qualunque latte animale.

Pertanto l'indicazione all'aggiunta di un qualsiasi colloide protettore (albumina solubile, gelatina, gomma arabica), atto a modificare lo stato colloidale della caseina nel latte di vacca, veniva a buon punto per tentare una migliore soluzione del problema scientifico e pratico della diluizione del latte per gli usi dell'allattamento artificiale, potendo sostituirsi almeno in parte ai vantaggi digestivi raggiunti finora nella pratica corrente solo dall'uso di un latte di vacca convenientemente diluito.

Nei vari lattanti tenuti in osservazione nella nostra clinica, e dei quali diamo qualche esempio nelle grafiche annesse, si è potuto realmente dimostrare la possibilità di ridurre la diluizione del latte a proporzioni assai minori di quelle consuete — *fin dall'inizio a 3/4 nei lattanti normali e non più che a 2/3 in quelli sotto peso* — quando si sostituisca alla semplice acqua di diluizione una soluzione di gomma arabica, ottenendo allo stesso modo una soddisfacente tolleranza da parte degli organi digestivi. Questi anzi in molti casi hanno risposto meglio che non alle comuni miscele di latte più diluito, manifestando, oltre ai vantaggi sulla crescita e sullo sviluppo complessivo del lattante, impliciti con l'uso di latte quasi intero, una maggiore regolarità e stabilità delle funzioni digerenti. Faccio notare che in nessun caso si è verificato, per lo meno in forma conclamata, l'insorgenza della comune dispepsia albuminoidea, cioè di quella chiamata giustamente dal Marfan « dispepsia da latte di vacca », la quale rappresenta invece una delle conseguenze più temute nell'ulteriore decorso dell'allattamento artificiale quando si procede precocemente alla somministrazione di miscele di latte di vacca troppo concentrate. Ciò starebbe a dimostrare, in base al presupposto patogenetico di questa dispepsia, come l'aggiunta al latte di gomma arabica intesa a modificare lo stato colloidale della caseina, possa agire in senso profilattico alla stessa guisa delle più forti diluizioni, influendo sul momento causale primitivo della predetta dispepsia.

Pertanto il problema della pretesa indigeribilità del latte di vacca in rapporto all'eccesso di caseina viene scalzato dalle sue basi, spostandosi con maggiore verosimiglianza dal terreno semplicemente chimico quantitativo a quello più propriamente fisico-chimico. A suffragio di questa tesi già esistono del resto altre dimostrazioni indirette: una di queste, come si disse, è la larga tolleranza dimostrata dal Finkelstein per il suo latte albuminoso, per la quale non credo che si possa prescindere dalle particolari modificazioni che subisce la caseina in questo caso dopo la coagulazione *in vitro*, condizione anzi questa indispensabile per il successo nella pratica dello stesso latte albuminoso.

***

Le indicazioni relative alle proporzioni tra gomma arabica e latte, che credo di poter dare come più adatte alla generalità dei casi, sono le seguenti:

Nel primo mese . . .	gr.	3-3 1/2	di g. ar.
» secondo mese . . .	»	3	» »
» terzo e quarto mese	»	2 1/2	» »
» quinto mese . . .	»	2	» »

(su gr. 100 di latte intero).

Riesce più conveniente e anche più rispondente ai fini pratici l'aggiunta al latte di gomma arabica precedentemente sciolta e stemperata in soluzione acquosa al 10 % (anche facendo uso di acqua di fonte bollita). È ancora preferibile e specialmente raccomandabile nel lattante dei primi mesi l'aggiunta ulteriore di una piccolissima quantità di bicarbonato di sodio (2 per mille) od anche di acqua seconda di calce al 10 % a scopo alcalinizzante, in modo da aversi pronta per l'uso una soluzione così preparata: 10 gr. di polvere di gomma arabica *pura*, 10 gr. di acqua seconda di calce, 90 gr. di acqua.

Sulle ragioni che informano questi criteri di tecnica (del resto facilmente accessibili nella pratica ed ultraeconomici) e specialmente intorno all'utilità di neutralizzare l'acidità della soluzione gommosa semplice, ritornerò in altra sede più ampia con dettagliate osservazioni.

La soluzione gommosa così preparata veniva aggiunta ogni giorno, nelle nostre esperienze, al latte subito dopo la bollitura di questo e contemporaneamente, secondo le proporzioni sottoindicate, in tutte le boccette corrispondenti al numero dei pasti nelle 24 ore, ben conservate in ghiacciaia, ed iniziando la somministrazione del primo pasto circa due o tre ore dopo aver terminato la preparazione.

Le proporzioni di latte e di soluzione gommosa da noi adottate in rapporto all'età del soggetto corrispondono approssimativamente

per i lattanti normali dei primi mesi a quelle segnate nella seguente tabella:

Età del lattante	Numero dei pasti	Quantità di latte gr.	Quantità di sol. gommosa al 10 % (neutralizz.)	Diluizione corrisp.
10 giorni	7	40	15	3/4
15 »	7	50	15	»
20 »	7	60	20	»
30 »	7	70	20-25	»
45 »	7	80	25	»
2 mesi	7	90	25	4/5
3 »	7	100	25	»
4 »	7	100-110	25	»
5 »	6	130	25	5/6

N. B. Lo zucchero è aggiunto in proporzione del 4-5 % del volume totale della miscela.

Come si apprende dalla lettura delle cifre, la quantità di latte di vacca intero che può essere somministrata in queste condizioni fin dai primi mesi di vita corrisponde press'a poco (9/10 circa) alla razione usuale completa del lattante al seno essendo rispetto a questa un po' eccedente, sebbene nei limiti fisiologici della capacità gastrica del lattante, il volume complessivo della miscela. Ciò risponde allo scopo di soddisfare quasi integralmente nel lattante anche al fabbisogno di grassi e di lattalbumina.

Si può osservare che il valore calorico della miscela indicata viene a superare un poco quello dello stesso latte di donna; tuttavia questa lieve eccedenza non è nemmeno inutile o del tutto ingiustificata se forse si tiene calcolo del minor rendimento di una caseina che non sia quella del latte di specie omologa e sopratutto considerando il maggior dispendio energetico probabilmente legato all'allattamento artificiale.

Tale eccedenza tende pertanto a controbilanciare nella miscela l'eccesso di sostanze proteiche mediante un lieve incremento della quota idrocarbonata, ristabilendo cioè un equilibrio più adatto ad una migliore utilizzazione e fissazione degli stessi prodotti della digestione albuminoidea.

Malgrado comunque che la miscela da noi adottata comporti inevitabilmente un'introduzione e quindi una eliminazione più abbondante di sostanze proteiche oltre che di sali, tuttavia dovendo scegliere tra i *possibili* inconvenienti legati ad una simile alimentazione di lusso (nemmeno frequenti, se gli ingredienti di questa sono in condizioni tali da consentire una buona digestione) e i danni *certi* di una alimentazione carenzata com'è nel caso del latte a più forte diluizione, a noi sembra che non si debba esitare a dare la preferenza ai primi, e ciò tenuto conto sia degli affidamenti che ben possono dare nel lattante le condizioni più vivaci e più rapide del suo ricambio, sia sopratutto della necessità di soddisfare il più possibile alle massime esigenze nutritive legate ai diritti dell'accrescimento e dello sviluppo per parte degli organismi più giovani.

RIASSUNTO.

Dopo aver discusso l'impossibilità pratica di conciliare i vantaggi d'ordine digestivo che offre l'uso del latte di vacca diluito per l'allattamento artificiale con la soppressione degli svantaggi d'ordine nutritizio che le diluizioni comunemente usate comportano, l'A., sviluppando alcune proprie ricerche precedenti, si pone a considerare il problema dal punto di vista fisico-chimico e giudica gli effetti dell'aggiunta, al latte, di acqua di diluizione in senso favorevole ad un maggior grado di dispersione colloidale delle micelle di caseina e, di conseguenza, ad una coagulazione più fine e meno massiva. Avendo conseguito lo stesso scopo con aggiunta al latte di sostanze aventi funzione di colloidi protettori, l'A. sperimentò con successo l'uso di diluizioni di latte vaccino assai minori delle consuete (a 3/4 fin dalle prime settimane di vita) sostituendo semplicemente all'acqua di diluizione una soluzione così preparata: 10 gr. di polvere di gomma arabica pura; 90 gr. di acqua; 10 gr. di acqua seconda di calce.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un raro caso di osteoartrite acuta infantile in feto a termine

per il dott. Carlo Caturegli - Buti (Pisa).

Più unico che raro io credo sia il caso che vengo descrivendo.

Circa 2 anni fa, in donna gravida albuminurica, certa L. Maria, sopravvenuti i dolori del parto, fui chiamato per sorvegliarne l'andamento. Esso si svolse regolarmente ma quale non fu la sorpresa mia e dei famigliari nel riscontrare che il feto, di sesso maschile, presentava l'arto inferiore di destra più voluminoso del sinistro con cute non arrossata, non sollevantesi in pieghe, mentre l'arto corrispondente era di aspetto grinzoso e denutrito.

Stato generale scaduto; senza febbre.

Il giorno dopo lo rivedo e trovo che si lamenta continuamente, lingua arida, non febbre. Provoco dolore alla pressione della regione inguino-femorale glutea e lombare di destra. Procedo alla misurazione di confronto dei due arti e confermo che l'arto di destra è notevolmente aumentato di volume in confronto del corrispondente in modo tale da raggiungere al 3° superiore della coscia i 20 cm. di differenza.

Certamente con questi dati doveva esistere un processo infiammatorio. Ma di qual natura? Nel padre vi sono fatti di apicite. La madre, sana, durante la gravidanza ha costantemente presentato albuminuria e una settimana prima del parto febbricole e foruncolosi. Esisteva inoltre nel feto dolore alla regione lombare che poteva far pensare anche ad un ascesso freddo fattosi strada lungo lo psoas iliaco. Ma dato l'eccezionale passaggio dell'infezione tubercolare attraverso la placenta, mi oriento, nonostante l'assenza della febbre, verso una forma acuta e consiglio applicazioni caldo-umide. Faccio intanto una puntura esplorativa e preparo degli strisci che, colorati ed esaminati al microscopio, mi dimostrano un pus ricchissimo di cocchi comuni.

Attendo ancora qualche giorno poi incido e dreno ampiamente. La febbre suppurativa, che negli ultimi due giorni era comparsa, se ne va. Il bimbo cessa di lamentarsi, poppa regolarmente e dorme tranquillo. L'arto gradatamente prende l'aspetto del corrispondente e dopo otto giorni è normale. Il bimbo sta bene ed al fatto suppurativo non vien data alcuna importanza.

Alla distanza di 9 mesi però — e cioè all'epoca dei primi tentativi del cammino — i familiari si accorgono di una lieve claudicazione.

Lo invio da un distinto radiologo che fa diagnosi di lussazione dell'anca da osteoartrite e, in base ad essa, un abile chirurgo procede alla riduzione incruenta e gli applica un apparecchio gessato. Dopo tre mesi nuova radiografia e, vista inutile la prima, vien fatto un altro tentativo di riduzione seguito da un altro apparecchio gessato. È fatto ritornare a distanza di quattro mesi e sottoposto a nuova radiografia, la quale — dimostrando inutili i 2 tentativi — fa dichiarare al chirurgo impossibile e la riduzione e un miglioramento della statica del bambino.

Ed ora vediamo di studiare un po' questa malattia che determina danni così irreparabili.

L'osteoartrite acuta dei lattanti è una malattia non molto frequente ed ha come agente etiologico o i comuni piogeni (Broca, ecc.) come nel caso nostro (foruncolosi della madre) o il pneumococco (Taccone, Trinci, Broca, ecc.).

Detta malattia evolve rapidamente e con decorso benigno, tanto benigno da confonderla talora con semplici fatti suppurativi superficiali.

Sede preferita è l'epifisi femorale, eccezionale la pelvi.

Il perchè dell'invasione dell'articolazione coxofemorale lo troviamo nelle condizioni anatomiche, cioè nella cartilagine di coniugazione dell'epifisi superiore del femore, che è intraarticolare, e nel fatto che il processo osteomielitico ha sempre, o quasi, origine dalla faccia diafisaria di essa.

Patognomonica è poi la distruzione della testa e del collo femorale mentre le lesioni cotiloidee sono o scarse o secondarie.

Logica conseguenza della distruzione suddetta è la lussazione, e meglio — secondo Putti e Zanoli — una pseudo lussazione.

La diagnosi esatta è difficilmente formulata all'inizio e durante il periodo acuto dell'osteomielite. Chè anzi si pensa di solito ad un processo suppurativo banale, decorrendo come tale.

Può venire invece fatta all'atto dei primi passi, e non sempre perchè non ricordando magari il precedente anamnestico si può confondere con una lussazione congenita.

È solo con una anamnesi accurata e con l'esame radiografico che si può accertare la natura patologica. La radiografia in modo speciale, perchè ci mette in evidenza le alterazioni patognomoniche.

Io ho seguito i casi di Putti ed altri, ma in nessuno di essi è stato osservato alla nascita il processo acuto in parola. Quelli che più vi si approssimano sono l'VIII e il XV di Putti. (Vedi letteratura).

Riguardo alla cura noi possiamo scegliere fra la cruenta e l'incruenta. Il nostro caso fu sottoposto a quest'ultima senza nessun effetto. Ora tenteremo la prima.

È certo, come ben dice il Putti, che aprendo una di queste articolazioni ci si trova dinanzi ad una massa cicatriziale di connettivo denso, stipato, resistente e stridente al taglio, che, come un cuscinetto d'isolamento, separa e distanzia l'epifisi femorale od i suoi residui, non diciamo dal fondo, ma dal piano stesso d'imbocco dell'antro cotiloideo di cui non è a pri-

ma vista riconoscibile alcuna traccia, tanto esso è colmato dalla ganga cicatriziale. Infatti il tempo più indaginoso e lungo dell'intervento cruento è proprio la ricerca e lo svuotamento del cotile. Tutto questo per dimostrare quanto vana sia la pretesa come in tale ambiente possa ottenersi una stabile e sicura riduzione di un residuo di epifisi, di un moncone di collo e, peggio ancora, di un bulbo trocanterico rivestito di inserzioni muscolari.

La profilassi o la riduzione incruenta si può, anzi si deve ottenere, secondo Putti e Zanoli, aprendo precocemente l'articolazione per dare adito alla raccolta purulenta e mantenere a lungo l'arto in trazione.

Dopo il risultato dell'operazione incruenta sul mio caso, che fu anche inviato abbastanza presto (dopo 9 mesi) e di altri (vedi Froelich, ecc.) e di quelli cruenti di Putti e Zanoli, sono convinto che tuttte le volte ci troviamo di fronte a casi simili si debba senz'altro, per non perdere del tempo prezioso, consigliare la famiglia a tentare la cura cruenta.

RIASSUNTO.

L'autore espone un caso di osteoartrite acuta dell'infanzia presente già alla nascita, espone l'etiologia e il decorso di essa e riguardo alla cura della malattia si dice favorevole al trattamento cruento.

LETTERATURA.

BROCA, DELANGLADE e BARBARIN. *Arthrites aigues et osteomyelites de la hanche.* Revue d'Orthopedie, vol. XIII, 1902.

BROCA. *Arthrites non tuberculeuses de la hanche.* Presse Médicale, 1922.

FROELICH. *Les differentes variétés de luxations congénitales de la hanche.* Congrès Français de Chirurgie, 1907.

PUTTI V. *Trattamento chirurgico della lussazione patologica dell'anca da osteoartrite acuta infantile.* XVII Congresso della Società Italiana d'Ortopedia, Venezia, 1916.

TRINCI. *Artriti acute purulente nei lattanti.* Clinica Pediatrica, 1910, n. 6.

PUTTI e ZANOLI. *Cura della lussazione da osteoartrite acuta infantile dell'anca.* La chirurgia degli organi di movimento, vol. XI, fasc. 6, 1927.

Frattura della clavicola in neonato intervenuta in parto fisiologico.

Dott. GIUSEPPE VENTUROLI - Montiano (Forlì).

Il giorno 10 giugno 1930 viene portato dalla madre al mio ambulatorio il bambino M. Gino, di mesi 1 e mezzo, residente in Montiano. La madre, una giovane donna di 25 anni, mi dichiara di avere notato che il bambino fin dalla nascita presentava nella regione antero-superiore destra del torace un tumoretto cui in primo tempo essa non diede nessuna importanza. Non scomparendo esso peraltro nel prosieguo dei giorni, si decise a consultare il medico; aggiunge che i movimenti dell'arto superiore destro del tronco e la palpazione del tumoretto riuscivano nei primi tempi notevolmente dolorosi.

Il bambino che alla nascita pesava chilogrammi 5.500 è in ottime condizioni generali: pesa chilogrammi 6.400.

All'ispezione quello che colpisce immediatamente è la anomala forma della clavicola destra che, fra terzo medio e terzo distale, presenta una rilevatezza grande quanto una mandorla. La palpazione rileva che la nodosità è omogenea e compatta, quasi liscia e del tutto indolora; si sente esattamente che il piano del segmento prossimale della clavicola è anteriore rispetto alla porzione distale, che esiste insomma l'accavallamento dei due segmenti. Non esiste nè ipotrofia dell'arto, nè disturbi della sensibilità: il circolo è normale. Nulla di anormale all'esame dei diversi organi ed apparati. La diagnosi di pregressa frattura della clavicola con formazione di callo osseo esuberante era pertanto ovvia. Riguardo alla causa e al momento in cui si era prodotta la frattura, esclusa per le precise dichiarazioni della madre la possibilità di qualsiasi trauma che avesse potuto provocare la lesione dopo la nascita, si era portati a concludere che la frattura si era determinata durante il parto e precisamente nel momento del disimpegno delle spalle. La levatrice all'uopo interrogata mi dichiara che il parto avvenne col feto in presentazione di vertice (in O. S. A.) e che il periodo espulsivo, dato il notevole sviluppo del feto, fu lungo e penoso; che in particolar modo il disimpegno delle spalle fu assolutamente difficile.

Essa non notò nulla di anormale nella conformazione toracica del neonato ma ciò si spiega pensando che le prime cure e la toilette del neonato furono praticate in un ambiente male illuminato. Era dunque oramai chiaro il meccanismo per cui si era determinata la frattura: il notevole sviluppo del feto e l'ampiezza del diametro bisacromiale in particolare, rendevano già di per sè difficile il disimpegno delle spalle; le manovre di sostegno del perineo, in questo caso certamente più energiche del solito, tendenti a respingere fortemente la spalla anteriore (la destra) contro il pube, hanno fatto il resto.

Riguardo alla cura di tali fratture, posto che siano tempestivamente diagnosticate, molti autori ritengono che non sia necessaria l'applicazione di alcun apparecchio contentivo in quanto, anche se si verificasse qualche sensibile spostamento dei frammenti, la clavicola suole riprendere la sua forma normale colla graduale evoluzione del torace. E' nostra modesta opinione che non sia sempre senza pericoli lasciare completamente libera una frattura della clavicola con sensibile spostamento dei frammenti.

Che cosa potrebbe infatti garantirci contro una lesione vascolare o nervosa che difficilmente ci sarebbe poi perdonata?

Pare a noi che a salvaguardarci da questo sia sufficiente ed agevole l'applicazione di qualche striscia di cerotto adesivo per contenere i frammenti e di un piccolo cuscinetto nel cavo ascellare.

Montiano, luglio 1930-VIII.

RIASSUNTO.

L'autore espone un caso di frattura della clavicola intervenuta durante il parto fisiologico in neonato a termine; fa seguire considerazioni sul meccanismo e sulla cura di tali fratture.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Nuovi dati sulla fisiologia della vecchiaia e loro significato clinico.

(Schlomka. *Med. Klin.*, n. 29, 1930).

L'A. riassume in questo suo interessantissimo lavoro le pazienti ricerche iniziate cinque anni prima, insieme con Buerger, sulla fisiologia dell'invecchiamento.

Sinora i tentativi fatti per spiegare questo processo o si sono limitati a studiare istologicamente i tessuti e gli organi invecchiati, o a saggiare le loro capacità di funzione e di difesa.

Invece l'A. ha preferito seguire una via diversa, inspirandosi a concetti di chimica fisiologica, ed ha rivolto la sua attenzione alle modificazioni chimiche che la senilità determina nei tessuti « braditrofi » a irrorazione scarsa e ricambio poco attivo, in cui tale ricerca è più facile (cartilagine costale, cristallino, padiglione, stato corneo della cute); più tardi ha esteso le ricerche anche ad altri tessuti (pelle umana, aorta).

Base delle ricerche chimiche è stata la conoscenza che l'invecchiamento si accompagna ad una progressiva perdita di acqua, quindi ad un ispessimento tissulare: ma, oltre questo processo, è stato indagato anche il comportamento delle sostanze residue azotate e dei cosiddetti « detriti » (calce, colesterina), che è noto si accumulino, con l'età, in questi organi.

Dal complesso di 1200 osservazioni isolate risulta che la disidratazione dei tessuti, che si inizia già in gioventù, prosegue nella vecchiaia benchè con ritmo decrescente; contemporaneamente e parallelamente a questo processo, aumenta la percentuale di sostanze azotate.

In quanto alle sostanze di scoria, ai detriti, il loro accumulo presenta in vecchiaia un accrescimento intenso e progressivo, onde la loro presenza è l'indice stesso del particolare divenire che caratterizza i tessuti invecchianti, e può essere preso come l'esponente funzionale della vecchiaia.

Il processo della disidratazione e dell'ispessimento tissulare è la causa prima di questa serie di fatti; giacchè per esso è turbata la nutrizione dei tessuti, nel senso di una necrobiosi; ne segue un'alterazione della solubilità nei liquidi così modificati delle composizioni di calcio e colesterina, e, in ultima analisi, la loro deposizione: questa di per sè rende più grave il disturbo, e facilita deposizioni ulteriori.

Sotto questo punto di vista le impregnazioni di calcio e di colesterina perdono il carattere di turbe del ricambio per apparire semplicemente l'espressione delle fatali leggi d'invecchiamento dei tessuti.

L'idea della ipercolesterinemia nei vecchi, sostenuta in questi ultimi tempi da molti autori, non è affatto confermata: si tratta invece della conseguenza di un fisiologico ispessimento tissulare da disidratazione: l'ateromatosi dell'aorta, la cui intima e media sono nutrite per diffusione e appartengono alla classe dei tessuti braditrofi, rientra in questa categoria di fenomeni ed acquista carattere patologico soltanto se molto estesa o precoce.

Accanto alla più comune opinione che il processo dell'invecchiamento colpisce elettivamente un organo o un sistema e da quello a traverso cui domina e regola l'invecchiamento generale (vasi, cellule nervose, glandole endocrine), comincia a farsene strada un'altra, meno diffusa sinora, che ammette un invecchiamento contemporaneo e armonico di tutti i sistemi.

All'eterocronismo viene a sostituirsi l'isocronismo della vecchiaia; e l'A., in una interessante grafica, dimostra che l'invecchiamento della cute, del testicolo e della milza avanza di pari passo per tutti e tre i tessuti.

L'invecchiamento precoce e isolato di un organo può esistere; ma allora non siamo più nella fisiologia, ma in piena patologia della vecchiaia.

V. Serra.

ONCOLOGIA.

La cura medica del cancro.

(Todd. *The Lancet*, 23 agosto 1930).

Sebbene non si conosca una vera cura medica del cancro, pure è bene non respingere tutti i tentativi che si fanno in questo campo con la speranza di risolvere un giorno il problema. Quindi stimiamo utile di sunteggiare questo articolo.

Il piombo è un vecchio rimedio per il cancro, perchè già se ne serviva il Paré. Nel 1925 l'A. cominciò delle ricerche unendo il selenio al piombo e precisamente servendosi di seleniuro di piombo colloidale. Egli scelse tutti casi gravi e inoperabili ed ebbe non la guarigione

del cancro, ma la scomparsa del dolore, un senso di euforia e una regressione del tumore, per cui egli ritiene che perfezionando il metodo se ne possa ottenere molto di più. Il colloide usato è di scarsa tossicità e raramente dà fenomeni di intossicazione da piombo. Rari sono pure gli shocks dopo le iniezioni e non differiscono da quanto si osserva con l'uso di qualunque altro metallo pesante e si possono evitare somministrando efedrina o adrenalina. Qualche volta si hanno fenomeni reattivi che l'A. interpreta come dovuti a veleno proteico derivante dalla distruzione delle cellule cancerigne.

La dose varia secondo il tipo del tumore: per i tumori resistenti (cancro delle labbra, della lingua, della vulva, della pelle in generale, adenocarcinoma della mammella, cancro del collo uterino e del retto), dose iniziale di 5 cc.; per quelli sensibili (ogni tumore irradiato di recente con raggi gamma, sarcomi, endoteliomi, carcinomi dell'ovaio, ipernefromi, cancro primario e secondario del fegato) si usa dose iniziale di 1 cc. Si fanno iniezioni endovenose, una alla settimana. La dose si aumenta finchè si trova una dose che provochi soddisfacente risultato clinico ed ematologico (?) si continua con questa dose. In 1/5 dei malati non si ha nessun risultato.

L'azione del piombo si spiega, secondo la scuola di Liverpool, coll'assorbimento del piombo da parte della cellula tumorale e conseguente distruzione di essa. Invece secondo la scuola di Bristol, dipende dall'aumento dei linfociti piccoli e degli eosinofili e dalla diminuzione della lipasi del sangue che si notano solo nei casi che migliorano, quindi si tratterebbe di uno stimolo generale alla difesa dell'organismo.

Irradiando malati che facevano la cura del seleniuro di piombo l'A. notò un aumento del tumore; egli ritiene che ciò dipenda dal selenio e non dal piombo. Egli sta completando le ricerche in proposito e ritiene che si debba usare minor quantità di radiazione e anche minor quantità di selenio.

Alla cura col seleniuro di piombo l'A. associa il cloruro di calcio per correggere l'alcalosi del canceroso ed ovviare alle perdite di calcio, somministrandolo sotto forma di albuminato. E' utile anche l'uso di vitamine liposolubili e di estratto paratiroideo e tiroideo, come pure, per combattere l'anemia, l'uso di estratto epatico.

L'A. conclude dicendo che col suo metolo non ha ridotto la mortalità del cancro, poichè è stato applicato in casi avanzatissimi di malattia, ma spera che questa mortalità si riduca trattando casi meno gravi. Egli ritiene che si debbano trattare col seleniuro di piombo tutti i casi che hanno già subìto cura coi raggi, che nei casi inoperabili si faccia l'asportazione della maggior quantità possibile del tumore seguìta dalla somministrazione del seleniuro di piombo e che questo prodotto si adoperi anche dopo intervento radicale e che al seleniuro di piombo si aggiungano cloruro di calcio, vitamine liposolubili, estratto tiroideo ed epatico.

R. LUSENA.

Contributo alla conoscenza dei tumori cranio-faringei.

(M. DALLA PALMA. *Riforma Med.*, n. 40, ottobre 1929).

I tumori cranio-faringei sono certo i più difficili a diagnosticare; la loro individualizzazione però permette di poterli seguire passo passo nella loro evoluzione, per la speciale sintomatologia che presentano.

La conoscenza di tali tumori solo recentemente è stata messa in evidenza; è pregio del Bertolotti di aver potuto portare un notevole contributo radiologico su tale problema, e così da fargli affermare che per mezzo della ricerca radiologica spesso si può diagnosticare tali tumori prima della comparsa di ogni segno clinico. Egli divide i tumori cranio-faringei in epifaringei e laterofaringei, a seconda del punto di origine; la loro propagazione endocranica avviene generalmente per contiguità, raramente per metastasi, seguendo una delle tre vie seguenti: via tubarica, vie dei seni pneumatici posteriori, via mista sinusale e tubarica. Di queste diffusioni, mentre la via tubarica presenta una sintomatologia netta e progressiva in dipendenza dell'invasione neoplastica, con ronzii, rumori, ipoacusia, nevralgia del trigemino, lesione dei vari nervi oculari fino all'oftalmoplegia totale, le altre due vie invece presentano una sintomatologia molteplice, a seconda della diffusione e delle zone colpite; predominano tuttavia i segni della compromissione dei nervi della base, a tipo periferico, ed a distribuzione per lo più unilaterale.

Il caso riferito riguarda un uomo di 49 anni, ferroviere. I disturbi legati alla lesione in oggetto comparvero due mesi prima, sotto forma di rinite persistente e cefalea a tipo frontale e periorbitale; scomparsa del senso olfattivo; in seguito si aggiunse dolore vivissimo alla metà sinistra della faccia, prevalentemente alla regione mascellare; intorpidimento della stessa regione, difficoltà nella masticazione, insensibilità della zona innervata dal ramo infraorbitale; il senso del gusto indebolito; diminuzione della motilità linguale, e tutti quegli altri disturbi che potevano essere dipendenti da una lesione multipla dei nervi della base, esclusivamente sinistra per il III-V-VI-IX-X; bilaterale, ma prevalente a S. per il XII.

L'esame oculare, al momento dell'ingresso negativo, in seguito presentò in O. S. oftalmoplegia esterna ed interna completa; comparve e si accentuò l'afonia e la difficoltà nella deglutizione.

Tutti i disturbi che durante la degenza avevano assunto un andamento progressivo, negli ultimi giorni, prima dell'esito, diminuirono notevolmente, dando l'impressione d'un rapido e netto miglioramento.

L'A. tratta dettagliatamente della sintomatologia presentata dal p., e prospetta tutte le diagnosi che potevano essere fatte di fronte a tale caso.

E poichè la puntura esplorativa dei seni sfenoidali mise in evidenza cellule a tipo neoplastico, fu fatta diagnosi di tumore dell'epifaringe con diffusione endocranica; la diagnosi anatomica confermò il tumore maligno — sarcoma — della volta faringea, sporgente nella cavità cranica a livello del corpo dello sfenoide e della porzione basilare dell'occipitale, con produzione di piccole nodosità ipodurali a cavallo dell'ipoglosso e anteriormente ad esso.

Passando a considerare il punto di origine del tumore, benchè l'esame istologico spesso sia malsicuro, pur tuttavia in questo caso si può pensare che il sarcoma abbia preso sviluppo o dal tessuto fibrillare grasso addossato alla superficie esterna del clivus, o dal connettivo sottomucoso dell'epifaringe. Da questo punto il neoplasma s'è diffuso lungo il foro lacero-anteriore da un lato, e dall'altro lato, in una seconda fase, si sia avuta l'invasione endocranica attraverso il seno sfenoidale a livello della sinostosi occipito-sfenoidale.

Più difficile ad intendere è lo stato di notevole miglioramento di tutta la sintomatologia presentata dal paz. prima della morte. Questa osservazione è stata fatta in molti altri casi, ed è spiegata dal Bertolotti con la speciale radiosensibilità di questi tumori, o con la loro disposizione pavimentosa. Ma se si esclude che il miglioramento sia da attribuire alla necrosi e al rammollimento della massa neoplastica, e quindi sia di cattiva prognosi, le altre ragioni invocate a spiegarne il comportamento, come per es. la cura di salvarsan ecc. non soddisfano completamente.

Per ultimo va notato che in questo caso l'indagine radiologica in un primo momento fu negativa, in un secondo esame non indirizzò ad una precisa diagnosi, secondo le affermazioni del Bertolotti; resta quindi come principale elemento di diagnosi l'indagine clinica, condotta con criteri discriminativi e con la considerazione critica di tutti i fenomeni.

CARUSI.

Sui tumori epiteliali del collo di origine sconosciuta.

(J. E. McWHORTER. *Ann. of Surg.*, lug. 1929).

L'A. riporta 24 di questi casi osservati in 8 anni al Bellevue Hospital, nel reparto chirurgia adulti. Crede che siano molto più frequenti di quel che generalmente non si creda, e molto spesso sono confusi col morbo di Hodgkin e col linfosarcoma. Si sono manifestati in individui intorno ai 40 anni, per lo più sul lato sinistro, talvolta bilateralmente.

Tutti questi tumori insorgevano nel distretto delle linfoglandole giugulo-digastriche, dette anche di Hudson. Esse sono situate sulla faccia mediale della giugulare interna e si estendono dal ventre posteriore del digastrico alla punta del corno superiore dell'osso ioide. Esse drenano il meato uditivo esterno, la tuba di Eustachio, il nasofaringe, le tonsille, la lingua, e altre formazioni poste sopra il laringe. Questa area corrisponde alla seconda fessura branchiale.

Clinicamente il tumore compare dietro e sotto l'angolo della mandibola. Probabilmente in 3 casi si trattava di tumori primitivi della bocca o del faringe. Negli altri casi fu impossibile mettere in evidenza alcun focolaio primitivo.

L'A. non si pronunzia sull'origine di questi tumori. Ammette l'ipotesi che possano essere di origine branchiale. Ma in nessuno di essi preesisteva una cisti nè alcuno si presentava come una massa fluttuante. Microscopicamente erano chiaramente degli epiteliomi.

La diagnosi è molto difficile e in molti casi può essere fatta soltanto all'esame istologico, siccome i dati clinici non sono spesso sufficentemente caratteristici per differenziare questi tumori da altre tumefazioni del collo. Si può dire che quando un individuo presenta una tumefazione nella regione già descritta e narra una storia di uno sviluppo rapido e progressivo, bisogna sempre considerare la possibilità di un epitelioma primitivo. Si possono distinguere dai tumori della parotide e della glandola carotidea sopratutto per la sede. Hudson che ne ha anche descritti dei casi (16) studiati al Middlesex Hospital li distingue anche dai tumori di origine branchiale che crede insorgano a un livello più basso e più medialmente.

Tentativi terapeutici sono stati fatti col radium e con l'asportazione chirurgica. In ambedue i casi i risultati sono stati poco soddisfacenti. Si può asportare il tumore a scopo palliativo, ma gl'interventi sono sempre difficili data la situazione del tumore e la sua diffusione. I sintomi ai quali si cerca di ovviare con un intervento sono la compressione del faringe e della trachea ed esofago. La prognosi è sempre infausta e il decorso piuttosto rapido.

M. ASCOLI.

Trattamento col radium del carcinoma intrinseco del laringe.

(N. FINZI e D. HARMER. *British med. Journ.*, 17 novembre 1929).

Gli autori, che prima usavano forti dosi di radium, applicate per breve tempo per la massima parte all'esterno del laringe, ora preferiscono piccole dosi applicate per lungo tempo,

nell'interno del tumore, sotto forma di aghi di platino iridiato.

Per applicare gli aghi, previa tracheotomia, incidono la cute in corrispondenza della cartilagine tiroide, e fanno uno sportello sulla cartilagine da un lato, e, occorrendo, dai due lati.

Indi infiggono gli aghi intorno al tumore: gli aghi portano un filo di cotone intriso di una soluzione di flavina 1:1000.

Usano aghi di platino iridiato lunghi 1-2 cm. contenenti da 0,5 a 1 mmg. di radio-elemento. Applicano in media 8 aghi se il tumore è da un solo lato, 12 se è bilaterale. Li lasciano in posto da 5 a 8 giorni. Talora fanno precedere l'applicazione da una dose di raggi X molto filtrati di circa il 30 % della dose eritema. Dopo l'applicazione i tessuti sono congesti ed edematosi, cosicchè la glottide rimane a lungo chiusa, ma dopo qualche settimana la tracheotomia può essere rimossa: talora però si è dovuta lasciare indefinitamente.

Gli autori fondano il loro metodo sul seguente principio. Un tumore trattato in vitro con una certa dose di radiazioni, detta dose letale, non è più trapiantabile. Se si trapianta viene riassorbita, e l'animale acquista immunità per ulteriori trapianti dello stesso tumore.

Gli AA. ritengono che il radium sia il miglior metodo di trattamento del carcinoma intrinseco del laringe.

Nei casi iniziali in cui il tumore è limitato ad una corda vocale si ottengono risultati assai superiori all'operazione, con un'alta percentuale di guarigione, e anche col ripristino della voce. Nei casi avanzati il radium va provato prima della laringectomia; questo entrerà in discussione se dopo tre mesi dalle applicazioni di radium non si ha giovamento.

DORIA.

RICAMBIO.

Un proteose nelle urine eliminato negli stati anafilattici ed allergici.

(ORIEL e BARBER. *The Lancet*, 2 ag. 1930).

Gli AA. già due anni fa avevano ottenuto dalle urine in casi di malattie allergiche e febbrili un precipitato appartenente al gruppo non ben definito dei proteosi. Essi avevano ottenuto questo precipitato nel modo seguente: l'urina era acidificata con acido solforico ed agitata con 1/5 del suo volume di etere; lasciando poi la provetta diritta si notava che la porzione superiore eterea invece di essere chiara, com'è normalmente, era opaca ed aveva l'apparenza di cera. Quando la prova era fortemente positiva la provetta poteva essere capovolta senza che ne cadesse una goccia. Facendo la reazione in un tubo che permetteva l'allontanamento della porzione inferiore dell'urina trattata come sopra indicato e agitando la porzione superiore collo stesso volume di alcool, si aveva un precipitato. La soluzione acquosa di questo precipitato dava la reazione del biureto, come pure la reazione di Millon. Conteneva carboidrati, istidina, arginina, lisina e vari monoaminoacidi. Non si coagulava col calore, ma era precipitata dai metalli dei sali pesanti, come l'acetato di Pb, e dall'alcool, come pure dalla completa saturazione con solfato d'ammonio. Il precipitato ottenuto con acido cloridrico diluito conteneva fosforo ed era probabilmente acido nucleinico. Se ne ottenne un ozazone filtrando il prodotto della sua idrolisi.

Gli AA. hanno cercato di ottenere anche dei dati quantitativi dosando col metodo di Kieldahl l'azoto di questo precipitato.

In un caso di malattia da siero essi fecero i seguenti esperimenti: 1/10 di cc. di siero di sangue estratto dal malato nel periodo di attività dei sintomi fu iniettato ad uno di loro nel derma dell'avambraccio in due punti; poco più di 24 ore dopo in uno dei due punti si iniettarono 0,025 cc. della diluizione 1/100,000 del proteose e se ne iniettò la stessa quantità anche in un'altra zona non precedentemente iniettata, mentre nel secondo punto trattato il giorno precedente col siero si iniettò diluizione di proteose ottenuto dalle urine di un malato di prurigine. Nel punto in cui era stato iniettato prima siero e poi proteose del malato di malattia da siero si ebbe *in sito* dopo 3/4 d'ora un eritema con pomfo, mentre negli altri due punti si ebbe pomfo senza eritema.

Poi due aree cutanee di persona normale furono iniettate con siero di paziente in stato di allergia per siero di cavallo; il proteose dello stesso malato ad alta diluizione provocò il giorno seguente reazione locale che mancò col proteose di un altro malato. Pure reazione positiva all'iniezione intradermica di proteose dello stesso caso di malattia da siero, sempre a diluizione di 1/100,000, si ebbe in tre soggetti noti come sensibili al cavallo. Questi esperimenti dimostrano che il proteose conteneva l'antigene verso il quale il paziente era sensibilizzato.

Identici risultati si ebbero con esperimenti analoghi fatti con proteose estratto da malati di cui l'antigene era ignoto e precisamente in un caso di emicrania.

Il proteose eliminato coll'urina negli stati allergici contiene l'antigene attivo probabilmente insieme ai prodotti dell'autolisi.

Una piccola quantità di proteose si ottiene anche da persone normali e non provoca nella cute del soggetto stesso nessuna reazione. La quantità totale di proteose eliminata è relativamente grande nelle infezioni acute, nell'anafilassi e negli stati allergici acuti e cronici.

Il proteose isolato in periodi di quiete dell'asma o dell'urticaria non provoca le reazioni cutanee suddescritte. Le reazioni anafilattiche sono interpretate da vari autori come dipendenti da un'anafilotossina che si produrrebbe nel fegato ed avrebbe la medesima azione dell'istamina. Secondo gli AA. questa sostanza è eliminata colle urine ed è contenuta nel proteose.

Essi vollero applicare in terapia il proteose urinario servendosene sempre ad alta diluizione. Su 90 casi di urticaria cronica ed edema angioneuretico curati inutilmente coi soliti metodi di dissensibilizzazione ebbero 60 casi di guarigione, qualche volta con poche iniezioni, qualche volta dopo 3 mesi di cura. Ebbero anche buoni risultati nel prurigo semplice, nel prurigo di Besnier e specialmente nella dermatite erpetiforme, e anche nella psoriasi.

L'uso del glucosio è anche consigliato dagli AA. negli stati anafilattici ed allergici sopra tutto perchè permette il ripristino del glicogeno epatico che scompare nello shock anafilattico.

R. LUSENA.

L'azotemia senza lesioni renali.

(M. ROCH. *Rev. Méd. Suisse Romande*, n. 9, luglio 1930).

L'azotemia costituisce un argomento su cui s'è scritto un cumulo di lavori, ma non mai sufficienti a chiarire l'importanza che ha l'azoto del sangue in diverse condizioni fisio-patologiche.

È noto il valore che ha l'azotemia nelle nefriti e le regole enunciate da Widal, in rapporto al tenore di azoto sanguigno e la gravità dell'individuo. Tali regole, se in parte costituiscono un prezioso termine di indirizzo, non sono state però confermate assolute in ogni caso.

Accanto a quest'azotemia per una lesione renale, esistono anche altre azotemie le quali non sono in relazione col cattivo funzionamento del rene, e di queste si occupa l'A. nel presente capitolo, pur riconoscendo esplicitamente che le lesioni renali costituiscono le cause più frequenti dell'azotemia.

Meccanismo della ritenzione d'urea nell'organismo. Il meccanismo dell'azotemia può essere triplice: 1) insufficiente eliminazione; 2) eccesso d'apporto; 3) eccesso di produzione. Talora diverse cause possono concorrere insieme a provocare la ritenzione azotata; tuttavia questa divisione risponde meglio per una chiara esposizione.

1) *Azotemia per insufficiente eliminazione.* Oltre il rene, che costituisce il massimo organo di eliminazione dell'urea, tale materia si elimina anche attraverso le ghiandole digestive e le ghiandole sudoripare.

A parte quindi una lesione renale, è noto che il sistema nervoso può influire sulla diuresi e sulla eliminazione dell'urea attraverso i reni. Sovente si può riscontrare un'azotemia nella meningite, messo in rapporto da Merklen con il cattivo funzionamento dei centri nervosi regolatori della nutrizione.

L'azotemia che frequente si riscontra nella fase acuta dell'encefalite epidemica può spiegarsi con una disintegrazione cellulare, benchè qualcuno l'attribuisca ad un'azione nervosa.

Si può avere un'azotemia d'origine riflessa, come nella colica nefritica con anuria. Nello stesso modo agiscono le infezioni delle vie urinarie: cistite, prostatite, ipertrofia prostatica.

Vi sono dei riflessi che partono da regioni che non sono le vie urinarie, e che producono altresì l'azotemia: le coliche epatiche, le crisi appendicolari, le crisi tabetiche, una emozione. Anche un traumatismo chirurgico può provocare un'azotemia passeggera.

Esiste un'azotemia surrenalica; infatti essa è frequente nel morbo di Addison e nell'asportazione delle surrenali.

Dipende quest'azotemia dall'insufficienza funzionale del rene per accumulo di sostanze lipoidiche nei tubuli contorti, o perchè l'adrenalina accelera l'eliminazione dell'urea?

L'azotemia che si riscontra nell'asistolia trova la sua spiegazione nella diminuita diuresi che si ha nelle malattie cardiache; essa si può identificare con l'azotemia per oliguria, e talora può associarsi ad una insufficienza renale. Tale azotemia migliora notevolmente con l'uso della digitale, allorchè lo scompenso cardiaco va migliorando.

L'oliguria non è esclusiva delle lesioni cardiache; si può avere una diminuzione nella eliminazione di urina in casi di diarree profuse, vomiti ripetuti, sudori abbondanti; anche in tali casi l'azotemia aumenterà in rapporto all'oliguria. Tale meccanismo si deve invocare a spiegazione di alcune azotemie che si riscontrano durante il corso di malattie infettive, che si accompagnano ad oliguria, sudori profusi ecc.

Recentemente, per opera di Blum specialmente, è stata messa in evidenza un'azotemia per cloropenia; in tali stati, la somministrazione di sale farebbe diminuire il tasso azotemico. In letteratura son riferiti diversi casi clinici che appoggiano tali vedute; tuttavia le opinioni non sono tutte concordi, ed è prematuro stabilire un netto e costante rapporto tra questi due fattori.

Azotemia per eccesso d'apporto. Anche nei normali un regime ricco di sostanze azotate può far elevare il tasso ureico del sangue; nei

casi patologici tale evenienza è molto più frequente a verificarsi.

Azotemia per eccesso di produzione. Notiamo un'azotemia per inanizione; l'azotemia in questi casi è da attribuirsi alla distruzione accelerata dei tessuti.

Abbiamo ricordato l'azotemia traumatica di origine riflessa; si può anche avere un'azotemia traumatica e post-operatoria dovuta alla messa in libertà di sostanze proteiche in quantità tali da aumentare il tasso ureico sanguigno; è quella che Ameuille ha chiamato ureogenia istolitica.

Uguale patogenesi ha l'azotemia riscontrata negli atrepsici.

L'azotemia che si ha in casi di emolisi è dovuta alla produzione di residui azotati che si mettono in libertà, talora in modo brusco, con la distruzione dei globuli rossi.

A questo stesso meccanismo devono essere attribuite le azotemie che si hanno nelle radioterapie, nelle malattie infettive gravi, con disintegrazione tissurale, nelle intossicazioni, ecc.

Spesso tali infezioni si complicano con una vera lesione renale; ma quando tale fattore si può escludere, bisogna attribuire l'azotemia ad una intensa distruzione cellulare, con produzione di sostanze azotate.

L'importanza del fegato nella produzione dell'urea è massima; non è però chiaro quale funzione esso esplichi negli stati tossici ed infettivi nei confronti dell'azotemia, e se questa sia dovuta ad una iperepatia secondaria ad accumulo di sostanze proteiche o ad una iperepatia primitiva.

In ultimo va ricordata l'azotemia degli azotemici, intendendo con tale designazione tautologica quell'azotemia che proviene, e si somma a quella già esistente, dalla disintegrazione cellulare che un'azotemia grave produce.

Carusi.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

R. Pollitzer. *Malattie gastro-intestinali e della nutrizione nel lattante.* Volume di pagg. VIII-108, con 7 figure nel testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 9.

È noto che la causa principale dell'alta morbilità e mortalità infantile durante il primo biennio di vita è dovuto alle malattie gastrointestinali e della nutrizione; ma non è egualmente convinzione generale che esse rappresentino il capitolo più difficile dell'arte pediatrica, in specie dal punto di vista terapeutico e che in nessun'altra malattia dell'infanzia la vita e la salute del piccolo paziente siano veramente in rapporto diretto colla valentia del medico.

Giacchè per la cura di tali affezioni nessun effetto utile si può sperare dalla semplice somministrazione dei soliti medicinali (quando essi non riescano addirittura dannosi!), dovendosi invece trarre le deduzioni terapeutiche — di natura esclusivamente dietetica — delle cause etiopatogenetiche che in ogni singolo caso hanno provocato il disturbo.

Onde è che in tali circostanze qualunque errore diagnostico in senso lato deve necessariamente ripercuotersi a danno di una razionale terapia, compromettendo in tale modo nella maggioranza dei casi la vita stessa del bambino, la quale può essere salvata soltanto da una pronta ed intelligente terapia dietetica.

Ciò premesso come concetto generale assiomatico, e tenuto conto dei notevoli progressi compiuti in questi ultimi tempi in merito alla fisiopatologia della nutrizione nel piccolo bambino, ritengo che il prof. Pollitzer abbia compiuto opera veramente utile pei medici pratici — e diciamolo pure senza reticenza, anche per un buon numero di Pediatri — a pubblicare una monografia riassuntiva su così importante e difficile argomento.

Essa, a dire il vero, si presenta con notevoli pregi, riuscendo a volgarizzare in maniera breve, e contemporaneamente chiara, i moderni concetti etiologici e terapeutici riguardanti le affezioni gastro intestinali e della nutrizione del lattante, lasciando da parte ogni argomento puramente teorico e scientifico.

Questo ha permesso all'A. di presentare l'argomento in forma semplice ed assai schematica, ciò che in pratica non sempre è dato di osservare; ma un tale metodo ha il grande vantaggio di riuscire facilmente comprensibile e di consentire al medico pratico di inquadrare rapidamente il caso in esame in un concetto diagnostico preciso e conseguentemente adottare l'unica razionale terapia — quella dietetica — che l'A. descrive minutamente, non senza — e giustamente — insistere nell'inutilità ed i danni della somministrazione dei

medicamenti tutt'ora in uso (purganti, disinfettanti, lavaggi, ecc.).

Forse, dato lo scopo pratico pel quale la breve monografia è stata scritta, e nell'intento di rendere più facile e sicuro l'orientamento del medico nella scelta della dietetico-terapia, sarebbe stato più proficuo, a proposito dei latti modificati, illustrare soltanto quelli che in pratica effettivamente si adoperano e che l'esperienza clinica ha dimostrato essere i più utili.

Ma non vi è dubbio che l'opera del Pollitzer sarà feconda di buoni risultati, ed essa incontrerà il favore sincero di tutti i medici pratici, i quali per suo mezzo vedranno notevolmente facilitato il grave e difficile còmpito delle cure di tali affezioni.

È da augurarsi pertanto che medici e studenti leggano attentamente questa interessante ed utile monografia.

Prof. L. SPOLVERINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. MILIAN. *Technique thérapeutique médicale.* Un vol. in-8° di 435 pag. con 162 fig. J. B. Baillière, ed. Paris, 1929. Prezzo 50 frs.

Il medico troverà in questo volume tutte le indicazioni che guideranno la sua condotta nella pratica giornaliera. Trasfusione di sangue, salasso, terapia delle adeniti tubercolari, puntura delle articolazioni, del pericardio, toracentesi, paracentesi, puntura lombare, terapia delle vie urinarie, del tubo digerente, ecc., oltre ad argomenti che non sono generalmente compresi sotto la terapia medica, quali l'anestesia, la cura della blenorragia, ecc.

I singoli capitoli sono stati redatti con cura e chiarezza e costituiscono una guida coscienziosa che sarà sempre consultata con vantaggio. *fil.*

W. LANGDON BROWN. *Physiological principles in treatment.* VI ed. Un vol. in-16°, di 464 pag. con 8 fig., rilegato. Baillière, Tindall and Cox, London, 1930. Prezzo 10/6.

Lo studio della fisiologia è generalmente negletto dal medico per cui invece sarebbe tanto utile il tenersi in contatto con i progressi di questa scienza, che può avere un riflesso nella pratica. A tale scopo può bene servire questo libro che esamina, dal punto di vista fisiologico, alcuni dei principali problemi che possono presentarsi nella pratica. I principii dell'organoterapia, la terapia razionale dei disturbi gastrici, l'azione del fegato e del pancreas, l'acido urico, l'ossaluria, l'albuminuria, il diabete, l'intossicazione intestinale, la cianosi, la dispnea, l'asma, ecc. In tutti questi argomenti lo studio della fisiologia porta ad applicazioni pratiche del più alto interesse.

Il fatto che questo libro di Brown ha raggiunto la sesta edizione mostra il giusto favore con cui è stato accolto. *fil.*

A. GOLDSCHEIDER. *Therapie innerer Krankheiten.* Un vol. in-8° di pag. 420, rilegato. J. Springer, ed. Berlin, 1929. Prezzo RM. 28.80.

In un eccellente capitolo introduttivo l'A. considera la terapia generale. Se noi seguiamo di solito, egli osserva, il principio ippocratico del « Contraria contrariis », non dobbiamo però esserne schiavi. Ciò che è adatto per un caso, è falso per un altro. Non vi è, di fatto, alcun *sistema* terapeutico. La terapia appartiene all'inscindibile tutto dei processi vitali e non al letto di Procuste di un sistema. Il medico, egli aggiunge, deve servire la Natura, non combattendo ad ogni costo il sintoma, ma seguendo la via che porta alla guarigione naturale. Ciò, beninteso, non deve condurre ad un nichilismo terapeutico, ma ad una terapia oculata e sagace.

Difficile è poi, oggi, il còmpito del medico in questo campo, tanto più di fronte alla grande molteplicità dei rimedii, la quale esige un ritorno alla semplicità, specialmente perchè il « troppo » non fa nascondere un « troppo poco ».

Ho voluto citare alcuni dei principii generali dell'A. per mostrare lo spirito direttivo di questo libro, che non è quello di fornire la ricetta (anche queste del resto non mancano) al medico che cerca frettolosamente qualche cosa che si addica al caso che deve trattare, ma ben più vasto e comprensivo. Un libro, quindi, che va letto e meditato, seguendo i preziosi consigli dettati dalla lunghissima pratica dell'A.

Alle considerazioni sulla terapia generale segue la trattazione della terapia speciale delle diverse malattie con un'accurata scelta dei metodi da adottarsi. *fil.*

R. FRANCK. *Moderne Therapie in innerer Medizin und Allgemein-praxis.* IV edizione. Un vol. in-8° di 710 pag., rilegato. F. C. W. Vogel, ed. Leipzig, 1929. Prezzo RM. 15.

Il volume è diviso in due parti. Nella prima, di circa 240 pagine, è trattata la terapia delle malattie interne (infettive, dei vari sistemi ed organi). Nella seconda sono considerati anzitutto i diversi medicamenti disposti per ordine alfabetico; seguono molte ricette magistrali delle cliniche berlinesi, le tabelle delle dosi, l'elenco di sostanze alimentari e corroboranti, le indicazioni per i bagni, per il trattamento con le tubercoline, con diversi sieri; da

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ultimo, le principali indicazioni per il soccorso negli avvelenamenti.

Sia nella trattazione della terapia delle singole malattie, come nell'elenco dei medicamenti è fatta larghissima parte alle specialità tedesche: il che non toglie che, nella prefazione, l'A. sconsigli l'uso delle specialità, con cui il medico si fa lo schiavo e lo smerciatore dei prodotti delle singole ditte, abdicando alla sua indipendenza. Male generale, forse ancor più sentito in Germania, dove le specialità pullulano in modo incredibile. Allo scopo di impedire una dannosa *réclame* in favore delle ditte produttrici, l'A. consiglia di ordinare pure la specialità, segnando: « sine confectione », cioè senza l'impacco originale; in tal modo vengono tolti i *foglietti-réclame* che accompagnano il medicamento e che ne vantano oltre ogni misura l'azione.

Il manuale dell'A. è essenzialmente pratico e di utile consultazione. *fil.*

Die Therapie an den Wiener Kliniken. Un vol. in-8° di pag. 838. F. Deutike, ed. Leipzig e Wien, 1930. Prezzo RM. 30, Sch. 45.

Questo libro è chiamato, per antonomasia, il « Landesman », dal nome di chi ebbe l'idea di riunire in un volume i metodi terapeutici in uso presso le cliniche viennesi, il che dimostra la grande diffusione che esso ha per i metodi tedeschi. La undecima edizione che qui ci si presenta è diretta da A. Froelich ed è alquanto diversa dalle altre per il fatto che, invece di lasciare alle singole cliniche la trattazione dei diversi metodi terapeutici, è stata affidata ad ogni specialista la trattazione dei singoli capitoli. Il libro viene così ad acquistare maggiore omogeneità, mentre si evitano ripetizioni e contraddizioni.

La vasta materia è divisa in due parti. Nella prima sono trattati gli interventi non operativi (medicina interna, pediatria, neurologia e psichiatria, dermo-sifilografia, roentgenterapia, disturbi della favella, avvelenamenti). Nella seconda si hanno gli interventi operativi: malattie chirurgiche, ortopedia, ostetricia e ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria, odontoiatria.

Gli argomenti sono trattati concisamente, ma con sufficiente larghezza. Numerose sono le specialità (tedesche) consigliate (una cinquantina per la sola anemia). Il medico esercente troverà in questo libro un buon consigliere per la pratica. *fil.*

A. HERMANNSDORFER e M. HERMANNSDORFER PORRO-SCHIAFFINATI. *Guida pratica per l'alimentazione senza sale dei tubercolotici.* Un vol. in-16° di pag. 71. L. Cappelli, ed. Bologna-Trieste, 1930. Prezzo L. 10.

La dieta che va sotto il nome di Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch per il trattamento di diverse forme di tubercolosi, pur non essendo esente da critiche, ha i suoi ardenti sostenitori ai quali però giustamente H. Hermannsdorfer raccomanda moderazione e prudenza.

Ad ogni modo, alcuni dei principii direttivi di tale dieta presentano, a quanto sembra, dei reali vantaggi. Essi sono qui esposti con indicazioni precise sulla scelta e preparazione dei cibi, fornendo anche una lista settimanale per ogni mese dell'anno.

La traduzione e l'adattamento relativo ai nostri gusti ed alla nostra cucina sono stati fatti con cura dalla sig.ra Silvana Lupo. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VIII Congresso Internazionale di Dermatologia e Sifilografia.

(Copenhagen, 5-9 agosto 1930).

L'VIII Congresso internazionale di Dermatologia e Sifilografia, svoltosi nello scorso agosto a Copenhagen, ha assunto una particolare importanza come quello in cui, per la prima volta dopo la grande guerra, dermatologi di tutto il mondo si riunivano sotto lo stesso cielo ed era loro dato modo di scambiare le proprie idee sulle nuove correnti scientifiche determinatesi negli ultimi due decenni.

Una riunione preliminare fra i delegati delle varie Nazioni (per l'Italia TRUFFI presidente, PASINI, PORCELLI con l'assistenza del segretario MONTESANO) ebbe luogo alla vigilia dell'inaugurazione.

In essa fu discussa la possibilità di una organizzazione dermatologica internazionale e si procedè alla nomina di un comitato, a far parte del quale fu eletto il prof. TRUFFI per l'Italia, con l'incarico di studiare la questione e stabilire la sede del prossimo Congresso.

L'inaugurazione ufficiale ebbe luogo nel grandioso palazzo di Christianborg, alla presenza della Maestà del Re di Danimarca e di tutti i più alti dignitarii dello Stato, con un discorso del prof. RASCH, presidente del comitato ordinatore, il quale con elevate parole volle ricordare il nostro illustre prof. T. DE AMICIS che con tanto onore aveva presieduto il Congresso precedente tenutosi nel 1912 qui in Roma. Seguivano i discorsi del primo Ministro STAUNING, del sindaco di Copenhagen, del decano della Facoltà medica, del prof. DARIER e del segretario generale del Congresso dott. LOMHOLT.

Alla fine dei discorsi S. M. il Re si compiacque intrattenersi con i presidenti delle varie delegazioni estere, a ciascuno dei quali rivolse cortesi ed amabili parole.

Le sedute scientifiche s'iniziavano subito dopo con la discussione dei varii temi ufficiali: *Patogenesi dell'eczema* (relatori DARIER di Parigi, JADASSOHN di Breslau); *Immunità, reinfezione e superinfezione nella sifilide* (relatori TRUFFI di Padova, WADE BROWN di New York). La relazione del prof. TRUFFI, già pubblicata per le stampe in lingua italiana, fu oggetto di lunga ed animata discussione ed universalmente giudicata non solo come un quadro fedele e completo dello

stato attuale delle varie questioni, ma altresì quale valido contributo originale di personali esperienze alla soluzione di problemi di tanta importanza scientifica e pratica.

Il terzo tema: *Tubercolosi cutanea e suo trattamento* ebbe a relatori i proff. ADAMSON di Londra e REYN di Copenhagen e fu quello che insieme all'altro dell'immunità ecc. nella sifilide suscitò più vivaci dibattiti.

Di particolare interesse fu la presentazione di numerosi casi clinici, fra cui molti di malattie rare e qualcuno di diagnosi ardua, che ebbe luogo nella magnifica Clinica dermosifilopatica dell'Università al Ringhospitalet, e l'esposizione di fotografie, calchi in cera, libri, strumenti, apparecchi, medicinali ecc. annessa ai locali del Congresso.

La prossima pubblicazione degli Atti del Congresso permetterà di valutare meglio i risultati scientifici di questa riunione mondiale che per il numero d'intervenuti e per la importanza dei problemi discussi segue degnamente quella memorabile di Roma nel 1912 e ci ripromettiamo di farne a suo tempo una più ampia disamina per i lettori del « Policlinico », ma si può dire sin da ora che, se la soluzione di tanti problemi scientifici posti allo studio sembra ancora incerta, il fervore delle ricerche ed i più perfezionati mezzi d'indagine consentono la speranza che in epoca non lontana molti lati oscuri, soprattutto per quel che riguarda malattie sociali come la sifilide e la tubercolosi, verranno rischiarati alla luce dei nuovi studii, ed al periodo dell'analisi succederanno le grandi sintesi, per quanto è possibile, definitive.

Non possiamo peraltro, in omaggio alla verità obbiettiva, tralasciare di ricordare brevemente il contributo dei dermatologi Italiani la cui rappresentanza fu una delle più numerose e certo la più omogenea e compatta grazie alla sapiente organizzazione che, sotto gli auspicii del Sindacato medico Fascista, a mezzo del suo rappresentante prof. PORCELLI, il comitato ordinatore eletto in seno alla Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia e presieduto dal prof. TRUFFI, aveva compiuto sia per la parte scientifica, sia per il viaggio in comitiva, svoltosi, mercè l'opera del dott. CATTANEO di Milano, a ciò specialmente preposto, in modo più che soddisfacente. Ed è giustizia il rilevare che non solo la lingua Italiana, per la prima volta nei Congressi internazionali della specialità, figurò fra le lingue ufficiali, ma che tutti e tre i nostri delegati ufficiali furono chiamati alla presidenza di onore: segni questi dell'estimazione che la scienza Italiana ha conquistato all'estero e che i nuovi tempi hanno giustamente messa in valore.

Fra i presenti ricordo i colleghi ARTOM (Novara), CASTELLI, CATTANEO, PASINI, VIGANÒ (Milano), TRUFFI (Padova), DE FAVENTO, FREUND, LEVI I. (Trieste), PETRANICH (Fiume), CHIAPPINI (Ferrara), TEDESCHI (Bologna), PORCELLI (Livorno), CIAMBELLOTTI (Siena), BOSELLINI, ENGEL, FIVOLI, GRANELLI, MONACELLI, MONTESANO (Roma), DE AMICIS A. (Napoli), CIPOLLA, TOMMASI (Palermo), LONGO, VERROTTI (Catania), SERRA (Cagliari). Diamo qui, secondo l'ordine alfabetico del nome degli AA., un breve cenno delle varie comunicazioni, chiedendo venia fin da ora se qualcuna ne fosse sfuggita.

ARTOM M. (Novara). — *La sifilide acquisita degli eredo-luetici.* — Trattando della superinfezione nella sifilide l'O. fa un raffronto tra le caratteristiche della superinfezione sperimentale e quelle della superinfezione clinica a proposito della quale si sofferma sulla infezione acquisita da soggetti con lues congenita. L'O. ritiene sia possibile che un eredo-luetico possa infettarsi di sifilide e che in questo caso si debba parlare di superinfezione, e dopo avere accennato al problema delle differenze fra la lues congenita così detta spirochetica e quella così detta distrofica, discute i varii fenomeni allergici ed immunitarii che sono dovuti alla lue congenita e che possono modificare il corso dell'infezione acquisita.

CIAMBELLOTTI E. (Siena). — *L'azione sedativa di un preparato organico di stronzio sulle sindromi dolorose tabetiche.* — L'O. riassume le sue ricerche già pubblicate ed i risultati ottenuti e confermati da altri Autori sull'azione sedativa di un sale organico di stronzio (Biostron) sui dolori tabetici, qualunque sieno la loro violenza, data d'insorgenza, sede e carattere. Sembra che il suo impiego possa essere efficace anche su fatti motori (disartria, atassia).

Sul meccanismo d'azione occorre fare ancora molte riserve per quanto non possa escludersi un'azione antisifilitica specie nelle forme terziarie e quaternarie. Data l'elettività di questo preparato per il sistema nervoso centrale l'O. ritiene possibile ottenerne aiuto contro la metalue e consiglia di associarlo ad ogni cura specifica nella sifilide terziaria e quaternaria, quasi come un mordente del sistema nervoso centrale e dei treponemi a questo divenuti affini, in guisa che i più attivi antiluetici (Arsenobenzoli, Bi, Hg) possano efficacemente esplicarvi la loro azione.

CIAMBELLOTTI E. (Siena). — *Discussione sull'eczema.* — Non condivide l'opinione del Darier che l'allergia sia una conseguenza necessaria della vita. Per l'O. l'allergia è una reazione vitale anomala anche se tende, di regola, alla difesa organica; compare quando l'organismo o una parte di esso (sistema, organo, tessuto) non è più in grado di rispondere normalmente (e cioè con immunità o assuefazione) a uno stimolo qualsiasi in seguito a condizioni ereditarie o acquisite, durature o transeunti.

Ugualmente non ritiene che l'allergia, considerata nella sua espressione pura, e l'idiosincrasia siano alla base di tutte le forme di eczemi, ma che molteplici cause della più varia natura, esogene ed endogene, possano assumere valore di momento eziologico. Fra queste ricorda l'iperpessia cutanea sulla quale da tempo insiste e le forme di alterata diatesi uricemico-gottosa.

DE FAVENTO P. (Trieste). — *Esiti lontani di cure abortive della sifilide.* — Riporta una statistica personale di 35 casi curati abortivamente dal 1910 al 1920 e rimasti in osservazione per un periodo di 11-16 anni. Tutti furono sottoposti a tre cicli di cura mista: ogni ciclo comprendeva 3 gr. di neo-salvarsan per via endovenosa e 12 iniez. di salicilato di Hg. Osservò due casi di recidiva e due casi di sicura reinfezione. L'O. si mostra convinto della possibilità di guarigione dei malati curati con tali metodi nel primissimo stadio della sifilide.

FREUND E. (Trieste). — *Su due dermatosi di nuova osservazione.* — L'O. espone numerosi disegni e preparati istologici eseguiti nello studio di due dermatosi di nuova osservazione, nonchè fotografie e microfotografie dei due casi.

L'O. ha esposto pure numerosissimi preparati istologici di molte malattie rare e le proiezioni di quaranta diapositive delle medesime.

LEVI I. (Trieste). — *Fibrosarcoma primitivo della pelle della verga* (con presentazione di microfotografie e proiezioni). — L'O. illustra un caso di fibrosarcoma della cute del pene (tipo Darier-Hoffmann), raro per la sua localizzazione (tre casi in tutta la letteratura) ed importante anche per il trapianto nei nodi linfatici, constatato all'esame istologico; ciò che non era stato mai descritto sino ad ora. Si deve dunque ammettere che i fibrosarcomi cutanei non possiedono solo una malignità locale, ma hanno il carattere principale della malignità in genere, sia pure dopo una lenta evoluzione: la possibilità cioè della generalizzazione, e possono sotto questo punto di vista paragonarsi all'epitelioma baso-cellulare nei confronti dello spino-cellulare.

MONACELLI M. (Roma). — *Irradiazioni e sistema reticolo-istiocitario cutaneo.* — Dosi deboli di raggi Röntgen (180-500 R) provocano nella cute del coniglio, prima che compaia ogni altro fenomeno reattivo macro- e microscopico degno di rilievo, un aumento delle cellule dotate di proprietà granulo-pessica per i colori vitali. Questo fenomeno manca nelle zone di cute dello stesso animale non irradiate. Coll'aumentare della dose (500-1650 R) e col comparire di fenomeni reattivi e degenerativi a carico dell'epidermide e del derma, pure avendosi una analoga proliferazione degli elementi istiocitari, questa non pare seguire in maniera proporzionale l'aumento della dose e sembra tenersi in qualche modo distinta per quanto riguarda intensità, decorso e distribuzione nel tessuto dai fenomeni reattivi di tipo infiammatorio. Negli animali irradiati a forte dose si osserva pure aumento degli elementi istiocitari nelle zone non irradiate, per quanto in misura molto minore che non nelle zone irradiate.

I fenomeni osservati vanno riferiti non ad un diretto stimolo eccitante delle irradiazioni sugli istiociti ma alla produzione negli elementi più radio-sensibili — cellule epidermiche in un primo tempo — di prodotti di alterato ricambio probabilmente appartenenti al gruppo delle così dette amine biogene, prodotti che vengono riassorbiti e portati in circolo dagli elementi cellulari dell'apparato reticolo-istiocitario i quali entrano perciò in uno stato di aumentata attività funzionale.

PORCELLI R. (Livorno). — *Tumori cutanei e loro cura.* — L'O. si sofferma anzi tutto a spiegare i criterii della nuova classificazione dei tumori cutanei da lui proposta, ed in special modo dei tumori epiteliali e vascolari, basata essenzialmente sulla radiosensibilità delle varie forme cliniche, ed espone quindi, con belle e dimostrative proiezioni, gli ottimi risultati ottenuti con criterii ecclettici in ben 15 casi di neoplasmi cutanei e delle mucose visibili (sarcoma del fornice gengivale) con l'elettro-coagulazione, la radiumpuntura, col metodo Ghilarducci, col metodo Costa, ecc.

PORCELLI R. (Livorno). — *Sulla tubercolosi cutanea e sua cura* (a proposito della relazione REYN). — Accenna alla necessità di associare alla lampada Finsen i bagni di luce specialmente nel lupus volgare. D'altronde i bagni di luce, artificiale e naturale, possono da soli guarire altre forme di tubercolosi cutanea ed a questo proposito fa rilevare quanto largamente il nostro Governo appoggi e favorisca ora l'istituzione di colonie di montagna e marine per i fanciulli predisposti, la loro perfetta organizzazione ed i notevoli risultati ottenuti.

TOMMASI L. (Palermo). — *Insufficienze e scompensi di funzioni cutanee nella patogenesi di alcune dermatosi.* — Si citano brevemente una serie di fatti clinici e di considerazioni a proposito di eritrodermie e di disturbi della pigmentogenesi, che inducono l'O. nel convincimento che nella interpretazione patogenetica di alcuni quadri dermatologici occorre invocare — più decisamente che non si faccia dai moderni dermatologi — anche per la pelle vere insufficienze e veri scompensi di attività e di funzioni cutanee, analogamente a quanto si ammette per altri organi vitali.

Insufficienze e scompensi che non sempre sono corrispondenti e proporzionali a lesioni visibili anatomo-patologiche primitive e che risalgono a cause varie.

TOMMASI L. (Palermo). — *Discussione sull'eczema.* — L'O. accetta i concetti di Darier che fa dell'eczema una reazione vitale soprattutto epidermica, non sempre però e solo da ipersensibilità allergica come vorrebbe il Darier.

Una volta accettati questo larghissimo concetto e definizione strettamente bio-morfologica, cade ogni e qualsiasi discussione sulle forme da includere ed escludere dall'eczema.

Troppo però in questa discussione sull'eczema si è guardato alle cause diverse esogene e assai poco al contributo endogeno senza il quale difficile resta spiegare tanti fatti clinici e tanti vari aspetti, localizzazioni e decorsi dell'eczema e senza il quale tanti insuccessi terapeutici sono da aspettarsi.

L'O. richiama il contributo della sua Scuola per spiegare come le condizioni patologiche interne, uricemia, intossicazioni, ecc. possono formare o rendere più efficienti delle ipersensibilità più o meno specifiche.

La cute una volta ammalatasi tende a ricadere nello stesso tipo di reazione patologica per cause via via meno specifiche e più leggere.

VERROTTI G. (Catania). — *Superinfezione e terapia immunitaria nella sifilide.* — Riferisce i risultati ottenuti mercè una terapia vaccinale, eseguita servendosi del materiale treponemico vivente prelevato da sifilomi iniziali e inoculato su piccoli tratti di cute scarificata, in sette casi di sifilide in periodi di seconda incubazione, tardiva, recente (sifilide maligna), con lesioni cutanee, con lesioni nervose.

I risultati furono varii: dalla guarigione completa e rapida delle lesioni cutanee vicine al focolaio d'inoculazione in alcuni casi, si arriva appena in altri ad una lieve e fugace riduzione delle medesime.

L'O. pensa che si debba attribuire al materiale inoculato un'azione vaccinogena più o meno evi-

dente: sta di fatto peraltro che la chemioterapia, successivamente impiegata per la regressione delle lesioni da superinfezione e per quelle preesistenti e non ancora guarite, ha dato risultati migliori e più duraturi in rapporto a quelli ottenuti negli stessi malati precedentemente alle esperienze e ciò anche nei casi in cui le lesioni da superinfezioni erano abortite.

Tali esperimenti non sono pericolosi per l'organismo già infetto ed i risultati ottenuti con una sola inoculazione treponemica giustificheranno o meno l'opportunità, ove occorra, di ripeterla sullo stesso malato.

L'O. si mostra convinto che esista la possibilità di una cura vaccinale nella sifilide la quale rinforzerebbe la chemioterapia, anche nelle forme nervose organiche, come ha potuto egli stesso osservare, sia dal punto di vista clinico che da quello sierologico e dell'esame del « liquor », in un caso di diagnosi dubbia (tabe dorsale anomala o paralisi progressiva iniziale?) fra i sette da lui studiati.

Accenniamo di volo alle comunicazioni di Castelli (*Otto anni di terapia arsenobenzolica sottocutanea*); Engel (*Tubercolosi cutanea*); Truffi M. (*Sull'azione spirocheticida del siero dei luetici*); di tutte, come si è detto, contiamo dare più larga notizia dopo la pubblicazione dei rendiconti.

* * *

I giornali politici hanno già accennato ai festeggiamenti ed alle accoglienze signorili e cordiali cui furono fatti segno i congressisti e le loro signore e ne parliamo qui solo per rinnovare, sicuri d'interpretare il pensiero di quanti eravamo colà, i più calorosi ringraziamenti ai colleghi danesi che seppero offrirci un'ospitalità veramente grandiosa il cui ricordo resterà incancellabile nella mente di tutti gl'intervenuti. E con la più viva gratitudine rivolgiamo un pensiero ai componenti della nostra Legazione, del R. Consolato e del Fascio locale i quali si prodigarono in ogni sorta di cortesie verso i congressisti connazionali. Un sontuoso ricevimento offerto dal R. Incaricato di affari ai congressisti Italiani con le rispettive signore coronò le affettuose accoglienze nel palazzo della Legazione, degno ora per fasto e per artistico arredamento della grande Madre la cui imagine ideale mai come in quei giorni era così vivida e palpitante nel cuore di noi tutti.

V. Montesano.

Il Congresso per il Progresso delle Scienze.

È stato inaugurato a Bolzano da S. E. il Ministro Giuliano con un elevato discorso in cui ha inneggiato all'idea della concorde unità dialettica di pensiero e di volontà, tra scienza ed azione, tra teoria e pratica, all'idea di una santa armonia tra coscienza e vita umana, mettendo in rilievo che oltre alle scienze che penetrano i misteri della natura ed aprono la via per sottometterne le forze, sono altrettanto benedette quelle che indagano la vita dell'umano spirito e ne accrescono le primitive virtù.

Non è possibile parlare qui dei numerosi ed importanti problemi trattati, di alto interesse scientifico ed economico, riguardanti la *politica demografica* (C. Foà), le *frontiere della nuova fisica* (Padre Gianfranceschi), i *fertilizzanti italiani* (Parravano), la *protezione della Maternità ed Infanzia* (D'Ormea), ecc.

Accenneremo soltanto ad alcuni temi che sono più consoni all'indole del nostro giornale.

Sulla *fisiologia del lavoro* ha parlato il prof. F. Bottazzi. Egli definisce il concetto fisiologico di lavoro, che non coincide interamente col concetto fisico, in quanto il primo comprende oltre al lavoro dinamico, anche il lavoro statico; e brevemente riassume lo stato attuale delle nostre conoscenze sui processi biochimici e termodinamici che nei muscoli si svolgono quando lavorano; rilevando le lacune che tali conoscenze presentano, e in modo speciale, le obiezioni che recentemente sono state mosse alla concezione, divenuta classica, conforme alla quale l'acido lattico è considerato come la causa della contrazione muscolare.

Ma la contrazione muscolare è una forza che va diretta, controllata, coordinata perchè possa contribuire alla produzione di quelle sintesi armoniche e rispondenti allo scopo che sono gli atti volontari.

L'O. passa in rassegna le funzioni organiche, per l'intervento delle quali i materiali occorrenti sono somministrati al muscolo in quella maggiore quantità o con quella maggiore velocità che è resa necessaria, anzi urgente, durante e subito dopo il lavoro. Per quanto riguarda la nutrizione del lavoratore, l'O. dimostra, che non solo di idrati di carbonio ha bisogno, ma anche di proteine di alto valore fisiologico, oltre che di grassi, di sali inorganici e di vitamine, e rileva il fatto statisticamente messo in evidenza, che il consumo della carne è venuto aumentando col tempo presso tutti i popoli e che la razione alimentare del lavoratore si arricchisce di carne a misura che aumenta il suo salario: il che non può essere se non l'espressione di un bisogno fisiologico. Passa quindi ad illustrare le profonde modificazioni che durante il lavoro muscolare subiscono le funzioni degli apparati respiratorio e circolatorio; spiega il concetto di *debito di ossigeno*, che i muscoli contraggono, quando la loro attività è sollecitata al massimo grado, come negli esercizi atletici, nonchè il meccanismo con cui il cuore spinge nell'albero arterioso un maggior volume di sangue e aumenta la frequenza delle sue pulsazioni e la genesi della iperpnea da lavoro muscolare; e accenna all'intervento funzionale delle ghiandole endocrine, che presiedono al metabolismo degl'idrati di carbonio, i quali sono la fonte preferita dell'energia meccanica e del calore che i muscoli sviluppano lavorando. In modo speciale l'oratore si sofferma sul meccanismo fisiologico dell'allenamento, che ha per effetto un maggior rendimento del motore umano, oltre a una maggiore perfezione dei movimenti inerenti a qualsiasi forma di lavoro.

In conclusione, dice l'O., nell'uomo che lavora, attivi sono non solamente i muscoli ma quasi tutti i grandi sistemi organici; onde la *Scienza del lavoro* è, innanzi tutto, fisiologia dell'uomo che lavora, che equivale a dire fisiologia dell'intero organismo umano. E termina dicendo: È desiderabile che anche da noi, cioè nel paese dove rifulse il genio di Angelo Mosso, sorga, come presso quasi tutte le altre nazioni, un istituto

nel quale i problemi scientifici — meccanici e tecnici, biochimici e psicofisiologici — del lavoro possano essere oggetto di indagini sperimentali.

Sull'*importanza della psicologia sperimentale nello studio dello sport* ha riferito Padre AGOSTINO GEMELLI. Egli, che cominciò ad occuparsi durante la guerra della psicofisiologia dei piloti di aviazione, in ordine alla selezione dei piloti ed agli effetti del volo sull'organismo umano, si è poi dedicato con fervore alla psicotecnica del lavoro, con il risultato di applicazioni pratiche nel campo industriale, ed applica ora gli stessi metodi della psicotecnica allo studio della ginnastica, dello sport, degli esercizi fisici.

Alla ricerca fisiologica sugli esercizi fisici, egli fa seguire e sviluppa la ricerca psicologica alla corsa, al salto, al golf, al cricket ed analizzando le singole fasi di questi esercizi e dimostrando che l'attitudine, da un punto di vista psicologico, è appunto diversa da quello fisiologico, dimostra che la fatica psichica manifesta i suoi segni assai tardi, e la necessità di prevenirli.

In una seconda parte studia l'importanza dell'esercizio fisico sul lavoro mentale e sul lavoro manuale, in relazione alla diversità del lavoro stesso, a cui si applica l'uomo. Egli pensa che gli esercizi fisici devono cooperare alla completa opera di educazione, intesa questa come formazione dell'uomo, per i fini supremi che l'uomo si propone e condanna tutti gli abusi che si fanno degli esercizi fisici; rileva ed apprezza la recente istituzione dei medici sportivi, il cui scopo è esclusivamente medico e quindi igienico ed eugenico, cioè curare in special modo il miglioramento della razza per mezzo dell'esercizio fisico ed afferma che lo studio e l'assistenza negli esercizi fisici e sportivi devono essere integrati con lo studio e l'asistenza dal punto di vista psicologico e si augura che la Federazione dei medici sportivi chiami medici competenti nel campo della psicologia sperimentale e completi il suo compito con quello dell'assistenza psicologica negli esercizi fisici e sportivi.

Vivamente attesa era la comunicazione del Prof. S. FICHERA sulla *cura biologica del cancro*. Fondamento di tale terapia è il principio di correggere le condizioni essenziali che consentono l'insorgenza del tumore.

Lunghe indagini precedenti avevano portato l'O. alla identificazione degli organi dotati dei poteri inibitori dello sviluppo tumorale; l'efficacia maggiore in questo senso sarebbe da attribuirsi al timo ed alla milza. Le prove esposte riguardano gli effetti distruttivi, specificamente esercitati da principii litici ricavati da detti organi antiblastici su cellule cancerigne con la consecutiva sostituzione da parte di tessuti normali di riparazione ed, a volte, con rigenerazione di strutture proprie della sede già invasa dal tumore.

Questi concetti e i tentativi connessivi vengono suffragati da una ricca e nitida serie di preparati microscopici direttamente proiettati, mediante i quali è possibile, in confronto alla struttura primitiva del tumore, seguire grado a grado la degenerazione e la scomparsa dalle formazioni cancerigne e la contemporanea invasione da parte di elementi normali di riparazione o reintegrativi.

L'O. termina prendendo l'impegno solenne di continuare nelle sue ricerche e di tentare di giungere alla soluzione e di toccare la mèta.

Il preparato sarebbe composto con sostanze citoregolatrici estratte dagli organi sopra accennati. Esse sarebbero capaci di produrre fenomeni curativi nel tumore, come mirabilmente hanno dimostrato le proiezioni. I tessuti vengono da questa cura rigenerati. Questi (ha soggiunto il Presidente della Sezione di Patologia, prof. DIONISI), sono dati di fatto fondamentali. Sappiamo che bisogna aspettare ancora lunghi mesi per vedere i risultati definitivi; ma tuttavia si è notato un miglioramento nello stato generale.

Su proposta del prof. DIONISI viene poi approvato un ordine del giorno in cui si afferma essenzialmente quanto segue:

« Presa diretta conoscenza delle sezioni microscopiche allestite da biopsie di tumori maligni umani, le quali dimostrano la capacità posseduta dalle sostanze sperimentate dal Fichera di demolire gli elementi di alcuni blastomi anche iniettati in vivo e di destare in alcuni casi anche la rigenerazione del tessuto preesistente; informati che il preparato è stato ottenuto con l'impiego di sostanze citoregolatrici elaborate da organi inibitori delle proliferazioni cellulari; convinti, in base ai reperti, della benefica influenza esercitata da dette sostanze sul decorso dei blastomi medesimi; fanno voti che la presidenza dell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, cui indirizzano il più vivo plauso per quanto in esso è stato fatto, favorisca con ogni mezzo l'immediata estensione delle ricerche iniziate dal Fichera e contribuisca così ad accrescere le armi di difesa contro il terribile flagello ».

Quanto agli altri che perseguono gli studi del cancro, non mancheranno mai aiuti e non mancheranno mezzi perchè tutti possano continuare a studiare, naturalmente con le dovute garanzie.

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Gli aforismi basali della chirurgia sperimentale del polmone.

Così vengono enunciati dal Rosenthal (*Archives méd. chirur. de l'appareil respirat.*, tome IV, n. 6):

Bisogna riservare il nome di chirurgia polmonare agli interventi che interessano metodicamente il tessuto proprio del polmone (resezione dell'apice, cauterizzazione delle suppurazioni ecc.). L'esperienza del Rosenthal fa affermare che la soluzione del « noli me tangere » risiede nel metodo post-pneumotoracico. L'animale di scelta non è nè il cane, nè la cavia, ma il coniglio, specialmente a causa della resistenza del suo mediastino che rende tollerabili le toracotomie unilaterali. Anestesia a mezzo del laudano nel tessuto cellulare fra le due orecchie: tecnica rigorosamente asettica; non usare catgut perchè mal tollerato. Per qualsiasi operazione non usare animali che non siano acclimatati nel laboratorio. Sia nella pneumectomia, che nella toracoplastica, in un primo intervento togliere una costa ed aprire la pleura: poichè tutto è statica nella chirurgia polmonare, questo intervento non turba fondamentalmente la respirazione o la circolazione. Nella pneumectomia in un tempo la morte quasi costante è dovuta sia al disordine cardio respiratorio con insufflazione del polmone a mezzo dell'aria espirata dal polmone sano, sia allo choc operatorio, sia alla cachessia rapida. La semplice ablazione di una costola con larga apertura del torace, produce nel coniglio un rapido dimagramento: la successiva operazione non deve essere fatta se non quando il coniglio ha riacquistato il suo peso. Nella toracoplastica *d'emblée*, con ablazione da due a tre costole, la morte avviene per congestione polmonare di origine cardiaca, per disordine toracico. Nel momento del secondo intervento l'animale sopporta con indifferenza la larga apertura: i grossi bronchi del coniglio sopportano la legatura, è facile una pneumectomia con spezzettamento. La capra offre facili successi. la scimmia sembra obbedire alle stesse regole del coniglio. MONTELEONE.

Rapporti tra bronchiettasie e tubercolosi polmonare.

Le bronchiettasie secondo G. Simon (*Mediz. Klinik*, n. 23, 1930) si possono formare negli individui affetti da tubercolosi sia durante la regressione di complessi primari, che durante lo stadio infiltrativo della tubercolosi primaria; meno frequentemente nelle infiltrazioni secondarie, abbastanza spesso invece nella tubercolosi polmonare cronica.

I complessi primari in via di regressione possono dar luogo a bronchiettasie cilindriche, piccole. Clinicamente si ascoltano rantoli asciutti in una regione circoscritta, per lo più sotto la clavicola. La radiografia comune non sempre consente la diagnosi; si vedono invece chiaramente le bronchiettasie dopo riempimento dell'albero bronchiale con iodipina. Le dilatazioni risultano allora per lo più localizzate nei dintorni dell'ilo. Tipica è la localizzazione a destra: alla base del lobo superiore destro le bronchiettasie si dirigono in forma cuneiforme verso il focolaio primitivo di indurimento. Esse risultano meglio evidenti in proiezione frontale. Talvolta si osservano anche dilatazioni circoscritte di un unico ramo, lunghe alcuni centimetri. Queste ectasie sono poco estese e poco grandi, mancano perciò manifestazioni cliniche di una aumentata disposizione verso i catarri.

La tubercolosi nel suo periodo primario può determinare bronchiettasie durante lo stadio di infiltrazione acuta: lo stadio pneumonico della tubercolosi ha in questi casi la stessa importanza che per il determinarsi di bronchiettasie spetta alle infiammazioni polmonari acute aspecifiche. Gravi tubercolosi primarie con nucleo caseoso ed intensa infiammazione perifocale possono però dar luogo anche a bronchiettasie estese e grandi, che sorpassano di molto la regione in cui sono localizzati i focolai di calcificazione residui.

In alcuni casi è possibile dimostrare la formazione di bronchiettasie in seguito ad infiltrazioni secondarie, quando queste invece della solita forma transitoria e benigna, assumono una forma imponente come nella pneumonite massiva. In singoli casi si possono sviluppare bronchiettasie cilindriche anche in casi di tubercolosi disseminata.

Nella tubercolosi cronica dei polmoni vari fattori facilitano la formazione di bronchiettasie: infezioni miste che danneggiano la parete, la tosse violenta, la trazione da parte del tessuto polmonare che si raggrinza.

Ricerche su animali e inoculazioni in animali hanno dimostrtao la presenza di bacilli di Koch in 5 su 70 bronchiettasici in cui l'esame dello striscio non dimostrò bacilli tubercolari. POLLITZER.

SEMEIOTICA.

I versamenti colesterinici nelle sierose.

I versamenti nelle sierose contengono tutti una certa quantità di colesterina, maggiore negli essudati, minore nei trasudati.

Ma in certe circostanze il contenuto in colesterina sale straordinariamente, cosicchè si deve parlare di veri e propri versamenti colesterinici; diversi si occupano: C. Bonorino Udaondo, A. Vadone e E. Friedlander (*La Prensa medica argentina*, 20 dic. 1929) a proposito di un raro caso da loro studiato.

Nei versamenti colesterinici, la colesterina può apparire cristallizzata o disciolta; i cristalli in sospensione appaiono come punti brillanti, in seno al liquido siero-fibrinoso e precipitano lasciando il liquido in riposo.

Il tasso della colesterina disciolta è variabile. Le cifre più alte incontrate negli essudati della pleura sono di 11, 25, 45 ‰.

La etio-patogenesi di questi versamenti è poco chiara: gli essudati in genere sono asettici, ma in qualche caso vi è stato trovato il bacillo di Koch. L'alcoolismo pare che abbia soltanto azione coadiuvante.

Non ancora bene spiegata è l'origine della colesterina: secondo alcuni deriverebbe dal sangue; secondo altri si formerebbe localmente per secrezione dalle pareti pleuriche malate o per lipo-proteolisi leucocitaria per azione di un fermento lipasico.

Probabilmente vari sono i fattori patogenetici in gioco, nè è possibile per ora definire quale sia il preponderante.

L'evoluzione dei versamenti colesterinici è torpida e cronica. Essi non richiedono indicazioni terapeutiche particolari: essi saranno trattati variamente coi mezzi abituali adoperati nella cura della malattia che li ha originati.

VICENTINI.

Valore diagnostico del contenuto di colesterina nel sangue nelle colelitiasi.

Robinson (*The Lancet*, n. 11, vol. II, 1929) critica dapprima i vari metodi attualmente seguìti per il dosaggio della colesterina nel sangue e propone una modificazione personale del metodo colorimetrico di Myers e la descrive minutamente.

Servendosi di questa, egli ha eseguito anzitutto delle ricerche su individui normali, mostrando che il tasso normale è più alto di quello abitualmente riscontrato.

Questo tasso è, in media, aumentato nei pazienti di colelitiasi, ma la ricerca nei singoli casi è inutile, come mezzo diagnostico.

La colesterina totale nel sangue è notevolmente aumentata negl'itteri da ostruzione, e sino a che l'ittero non guarisce per il drenaggio delle vie biliari.

L'anestesia eterea tende a produrre una caduta della colesterina nel sangue, ma questo può essere responsabile solo per una piccola parte della caduta dopo il drenaggio biliare.

La colesterina del sangue, infine, tende a mantenersi ad un livello costante in ogni individuo normale.

La digestione ed i regimi variati sono senza azione sul tasso della colesterina; questa resta a un tasso notevolmente fisso nello stesso individuo.

La cifra media della colesterina nel sangue totale è di 0,151 e di 0,142 per il plasma.

V. SERRA.

CASISTICA.

Le artropatie da insufficienza ovarica.

Fra le affezioni articolari degli adulti, Lauber e Ramm (*Münch. med. Wochens.*, 17 gennaio 1930) danno un posto speciale a quelle che si osservano nella donna all'epoca della menopausa. I nuovi studi dimostrano che una gran parte di esse dipendono da disturbi della secrezione endocrina, il che ha grande importanza dal punto di vista pronostico come da quello terapeutico.

Tali artropatie ovaioprive si osservano specialmente alle parti molli ed ai tessuti periarticolari e sono verisimilmente determinate da uno spasmo vascolare, che si manifesta anzitutto con dei formicolii e con una sensazione di tensione dolorosa della regione affetta: dita delle mani o dei piedi, carpo o tarsi, più raramente ginocchio. Il freddo favorisce questi fenomeni, che si osservano particolarmente nelle donne che mettono le mani nell'acqua fredda, donne di casa, mentre le lavandaie che usano per lo più acqua calda, non ne sono affette.

La malattia sembra identica con quella altre volte descritta sotto il nome di « artrite dei poveri ».

Obbiettivamente, si vedono le articolazioni rigonfie. I movimenti attivi e passivi sono molto limitati e dolorosi. Non vi sono, però, dei veri sintomi infiammatori, nè rossore, nè calore locale.

La radiografia mostra, all'inizio, un inspessimento capsulare senza lesione osteo-cartilaginea; più tardi, l'affezione, che può subire delle complicazioni secondarie, presenta i segni radiologici del reumatismo deformante banale.

La terapia razionale opoterapica deve essere associata, in queste malate, al trattamento abituale del reumatismo cronico; si possono così ottenere delle regressioni notevoli nei casi trattati precocemente, come dimostrano le osservazioni che riporta l'A.; mentre, nei casi trattati tardivamente fu assai difficile ottenere delle modificazioni.

Questi risultati terapeutici mostrano che è necessario pensare a questa eziologia di alcune artriti reumatiche, che possono risentire vantaggi da una terapia razionale applicata precocemente. *fil.*

Contributo allo studio delle emorragie uterine di origine ovarica; le microcisti metrorragiche.

Tre casi di tale affezione sono riportati da L. Michon (*Revue franç. de Gyn. et d'Obst.*, aprile 1930). Si trattava di giovani donne affette da metrorragie, e nelle quali la laparotomia permise di constatare la presenza di una cisti follicolare emorragica, tolta la quale si ebbe guarigione.

Il sintoma clinico principale è quello di una emorragia a tipo metrorragico, non in rapporto alle mestruazioni e non influenzata dal riposo in letto e dalla terapeutica usuale.

Fatti dolorosi al lato ammalato possono apparire, come pure rialzi febbrili. Se poi preesisteva blenorragia si tratterebbe, secondo l'A., di pura coincidenza.

All'esame ginecologico si trova un utero piccolo normale, con collo chiuso, ed annessi pure normali, con un poco di dolore, eventualmente, in uno dei fornici laterali.

La diagnosi differenziale s'impone con l'annessite flogistica, con l'ovarite sclero-cistica e, in caso che l'utero sia un poco grosso e col collo piuttosto molle e beante, con l'aborto.

Dal punto di vista anatomo-patologico si trova una cisti di piccolo volume, di colore bleu-nerastro o rosso, contenente del liquido ematico o un coagulo. L'esame istologico, poi, dimostra trattarsi di cisti follicolare o di cisti del corpo luteo.

Il problema patogenetico non è risolto, perchè, mentre alcuni tendono ad incriminare la cellula luteinica, altri sostengono il disturbo di ovulazione, altri l'iperplasia mucosa pseudodeciduale. Il risentimento sulla mucosa uterina avverrebbe poi o per via ormonale, o secondariamente all'intervento di un riflesso nervoso.

La terapia, infine, dopo aver provato il riposo in letto, la somministrazione di prodotti opoterapici o placento-mammari, od ovarici e follicolari, e l'insulina, si restringe all'intervento chirurgico laparotomico, limitato alla enucleazione della cisti, o ad una ovariotomia parziale, o, al massimo, ad una annessiectomia monolaterale.

M. FABERI.

Emorragie postclimateriche e carcinoma uterino.

E. Zweifel (*Deut. med. Woch.*, 15 ag. 1930) ha osservato che in più dei 4/5 delle emorragie postclimateriche e circa in 1/3 di quelle climateriche, si aveva un carcinoma. Quindi ogni emorragia postclimaterica, se anche è trascorso soltanto mezzo anno dalla cessazione dei mestrui, va considerata come un segno di carcinoma, a meno che l'esame ginecologico non riconosca un'altra causa dell'emorragia stessa.

Le altre cause banali di emorragie possono essere date da erosioni, polipi, ulceri da decubito, tutte lesioni che possono essere facilmente riconosciute dal medico pratico. Se la diagnosi è incerta, si ricorrerà all'abrasione di prova a cui è meglio ricorrere dieci volte di più che una volta di meno.

Anche ogni emorragia climaterica, cioè quella che si osserva nel periodo di transizione alla menopausa, va sempre considerata come sospetta, in quanto che in 1/3 dei casi vi è la presenza di carcinoma.

E' quindi da desiderarsi che qualsiasi emorragia irregolare della donna vada studiata accuratamente per accertarne la causa. Non dovrebbe più essere permesso di vedere delle donne con emorragie trattate per settimane e mesi con delle « gocce » e senza alcun esame. Il tralasciare la ricerca ginecologica in questi casi significa trascuratezza ed errore, per cui il carcinoma può svilupparsi in modo da rendersi inoperabile.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento dei disturbi circolatorii dell'età media.

I disturbi circolatorii dell'età media consistono essenzialmente in:

1) ipotensione e debolezza miocardica, con o senza difetti valvolari;

2) ipertensione congestiva o nervosa (iperpiesi, *angina pectoris*, ecc.);

3) morbo di Basedow.

I princìpi generali del trattamento consistono in: riposo fisico e mentale; cambiamento di ambiente, aria libera e pura; esercizio regolare, eliminazione delle sostanze tossiche, tonici o calmanti applicati alla cute; incoraggiamento morale.

Di grande valore è il trattamento idroterapico. Acque minerali ipertoniche e purgative o diuretiche prese giornalmente per periodi di settimane o mesi. Bagni di diverso tipo: bagni in piscina subtermali, bagni effervescenti, doccia e bagni ai piedi ipertermici. Di grande importanza sono i bagni effervescenti naturali con acqua corrente, in cui il paziente rimane per 10-20 minuti, mentre innumerevoli bollicine di anidride carbonica si formano e si rompono alla superficie cutanea, esercitando così una particolare azione sulla circolazione periferica.

R. Fortescue Fox (*Practitioner*, giugno 1930) così riassume le indicazioni principali:

Deficienza miocardica. Parecchie persone sul principio dell'età adulta o nella media, sono presi da stanchezza invincibile, soffrono di lieve malessere precordiale, tachicardia, fiato corto, sono pallidi. All'esame, la pressione sanguigna si trova bassa, il cuore leggermente dilatato, con impulso e toni deboli. Questa condizione segue un attacco di influenza o di altra malattia o qualche sforzo fisico e mentale. Può persistere per anni, rendendo impossibile ogni esercizio fisico; sono questi gli individui che lavorano mentalmente meglio in posizione supina.

In tali condizioni, i bagni carbo-gassosi diminuiscono la frequenza del polso e lo fanno più valido. Si prescriverà il riposo in posizione supina per un determinato periodo nella giornata. Negli individui grassi, con infiltrazione grassa del miocardio, si uniranno le acque saline e le docce a pioggia. Sono utili anche degli esercizi fisici graduali: movimenti passivi con resistenza, ginnastica svedese, ma soprattutto passeggiate all'aria libera.

Stato congestizio dell'età media. Le abitudini sedentarie, la mancanza di esercizio, l'ec-

cesso di alimentazione e di stimolanti sono le cause principali di questa condizione. Si hanno disturbi del fegato, dell'intestino, dei centri nervosi, dei reni, ma la caratteristica è data dalla tensione elevata.

Una fase acuta di tal genere, con disturbi digestivi o nervosi, o crisi circolatorie, si può osservare in individui di 45-50 anni. In questi casi, un soggiorno fatto tutti gli anni ad una stazione di acque saline è di grande utilità; può essere utile fare precedere la cura termale da piccole dosi di calomelano e, se la pressione è molto alta, fare addirittura un salasso. Necessaria è anche la riduzione di liquidi.

In un altro tipo, più grave, si ha un'ipertensione progressiva; in esso osserviamo uno spasmo arteriolare abituale, che porta all'ipertrofia del ventricolo sinistro, all'emorragia cerebrale ed alla deficienza cardiaca. In questo stato riscontriamo due tipi di malati: quello florido, pletorico e quello pallido con espressione ansiosa; la prognosi è più grave in quest'ultimo.

Anche per questi, sono di grande utilità i bagni carbo-gassosi, che hanno per effetto di rilasciare lo spasmo arterioso, rendendo così più ampio il letto vascolare, senza accelerare il ritmo cardiaco.

Nell'*angina pectoris*, i bagni freschi o freddi sono controindicati perchè aumentano la pressione sanguigna, mentre sono controindicati anche quelli caldi perchè accelerano il ritmo cardiaco. Possono avere invece un buon effetto i bagni subtermali o neutri a temperature di 31°,1-36°,7.

Nel *morbo di Basedow*, che si ha soprattutto nelle donne alla menopausa sono utili le acque purgative ed i bagni tonici; per le forme più serie, sono indicati il raffreddamento dell'organismo con l'esposizione all'aria ed i bagni, nonchè le applicazioni di freddo alla tiroide ed alla regione cardiaca.

I bagni che un tempo si ritenevano controindicati nelle malattie cardiache diventano così un elemento utile di trattamento.

fil.

Il trattamento dell'ipertensione acuta nefritica.

W. Lemberger (*Med. Klinik*, 28 febbr. 1930) asserisce che nella nefrite acuta, vi è sempre un disturbo circolatorio, specialmente un aumento notevole della pressione arteriosa. Tale ipertensione va combattuta, ciò che si può fare con una terapia cardiotonica, con la riduzione di liquidi e col salasso.

L'A. riporta il caso di una donna di 21 anni, in cui la pressione venne aumentando rapidamente; vi era dispnea, oliguria, albumina nelle orine con cilindri ed emazie; scarso edema, limitato ad un lieve gonfiore della faccia e delle palpebre. Ora, l'edema costituisce una difesa dell'organismo, in quanto che, per suo mezzo, si eliminano delle sostanze tossiche; se esso è assente durante la nefrite, ne risulta un aumento nella pressione sanguigna.

Nel caso dell'A., era controindicato il salasso, per cui egli pensò ad attuare il drenaggio interno del sistema vascolare, modificando la pressione osmotica. Praticò un'iniezione sottocutanea di mg. 0,75 di istamina, ripetendola due volte ad intervalli di due ore ed estraendo il succo gastrico per mezzo di un tubo a permanenza. Sotto l'influenza dell'istamina, pensava l'A., il cloro si concentra nel succo gastrico e diminuisce quindi, in proporzione, nel sangue e nell'urina. L'istamina, inoltre, favorisce la permeabilità dei capillari ed, in conseguenza di modificazioni della pressione osmotica, si ha un drenaggio del siero sanguigno verso i tessuti.

Si ebbe, come effetto, nella paziente, diminuzione della pressione sanguigna e della dispnea e formazione di un leggero edema agli arti inferiori ed alla regione lombosacrale. Diminuì anche l'escrezione giornaliera dell'urina. La quantità di succo gastrico estratta fu di 250 cmc., il che favorì il drenaggio interno.

Secondo l'A., l'istamina influenza le ghiandole gastriche direttamente per mezzo della corrente sanguigna e non già per via nervosa. Essa, inoltre, non indebolisce l'azione cardiaca, ma agisce dilatando i vasi periferici.

fil.

Iniezioni endovenose di adrenalina nelle sincopi cloroformiche secondarie.

In questo titolo è raccolta tutta l'essenza dell'argomento che Gabrelon e Pascalis discutono sulla *Presse Médicale*, n. 39, 1930.

L'uso sistematico delle iniezioni intracardiache di adrenalina nelle sincopi ha dato luogo a morti improvvise nei casi in cui la sincope era dovuta ad intossicazione cloroformica. Gli studii di Blumfeld prima e di Levy poi hanno dimostrato che l'iniezione endovenosa di adrenalina in un animale cloroformizzato provocava la morte dopo 20 o 25 secondi (sincope adrenalino-cloroformica).

Ma questa sincope non può essere messa in rapporto con l'adrenalina, che uccide o con il meccanismo dell'edema polmonare che non è stato mai osservato in questi casi, o con quello della fibrillazione ventricolare che appare però soltanto dopo parecchi minuti; nè azioni riflesse, nè l'ipertensione possono essere invocate come cause della morte.

E' invece noto che l'adrenalina accresce la sensibilità dell'organismo verso le sostanze ad azione anestetica; se si pensa che l'adrenalina provoca la costrizione dei vasi polmonari e la dilatazione dei coronari, e se si permette colla respirazione artificiale (che sempre si effettua) al circolo di mantenersi ancora per un poco, si comprende come il cloroformio giunga col sangue alle coronarie ed ivi entri in intimo contatto colle cellule cardiache; inoltre l'A.

pensa che l'adrenalina, che ha in un primo tempo un'azione vagotonica, favorisca il passaggio in circolo di un ormone tiroideo che aumenta l'attività del ricambio della cellula cardiaca ed il suo impregnamento col cloroformio.

Si può ovviare a tutti questi incidenti facendo una iniezione intracardiaca di atropina; dato che il cloroformio eccita il sistema inibitore del cuore e che l'atropina invece lo paralizza, tale concetto terapeutico sembra ragionevole, e difatti si è mostrato assai utile in pratica.

L'applicazione nell'uomo non è stata ancora tentata, ma l'A. confida che essa sarà praticata un giorno, e senza pericolo; anzi con un vantaggio netto e sicuro. V. SERRA.

IGIENE.

Sulle alterazioni del latte pasteurizzato.

P. S. Prickett e R. S. Breed (*New York State Bull.*, 1929, n. 571, di p. 25, con 3 fig.; rec. *Experim. Stat. Record*, genn. 1930) rilevano che la sorgente iniziale di contaminazione del latte pasteurizzato risiede nelle materie escrementizie degli animali lattiferi e nella polvere infetta delle stalle.

Generalmente i batteri termofili aumentano già nel corso della pasteurizzazione; poi continuano a moltiplicarsi, unitamente a quelli sporigeni le cui spore hanno resistito al calore della pasteurizzazione.

I produttori di latte possono ridurre questi gravi inconvenienti, limitando al minimo le cause d'inquinamento, il quale proviene dalle feci e dall'urina degli animali latto-produttori, dal fieno e dagli altri alimenti, nonchè dalla scarsa pulizia dei recipienti in cui si raccoglie il latte e di tutti gli utensili con cui questo viene a contatto.

Per quanto concerne lo stabilimento di pasteurizzazione, l'A. raccomanda che, onde evitare uno sviluppo eccessivo dei batteri termofili e sporigeni, i quali frustrano in gran parte gli effetti della pasteurizzazione, vengano restituiti ai produttori recipienti ben puliti, sterilizzati e secchi. Inoltre raccomanda di non rimettere, entro il pasteurizzatore, il latte avanzato; non quello che scola dall'apparecchio di sterilizzazione o dall'imbottigliamento; neppure il latte che viene restituito allo stabilimento. Per solito in tutto questo materiale residuo si è prodotta una vera selezione ed una coltura artificiale di germi termofili; e per tal modo possono venire inquinate, in modo irrimediabile, intere partite di latte.

Ancora: la durata della pasteurizzazione deve essere mantenuta entro limiti brevi; altrimenti essa favorisce lo sviluppo dei termofili. Il latte non dev'essere mantenuto più di 30 minuti sopra 100° F. (37°,8 C.) e il pasteurizzatore dev'essere lavato all'acqua calda, prima e dopo l'impiego. Basta che il latte pasteurizzato in bottiglie sia tenuto ad una temperatura inferiore a 45° F. (7°,2 C.), perchè il numero dei batteri, i quali hanno sopravvissuto alla pasteurizzazione, risulti limitato anche dopo molte ore (una notte).

(Da *Ann. d'Ig.*, lug. 1930).

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. S. da P., abb. 6538:

Consulti: MELOGRANI. *Codice Sanitario*. Pietrocola, ed., Napoli. Per le leggi più recenti: *Raccolta di leggi sanitarie*. Pirola, ed., Milano, nonchè le annate del *Diritto pubblico sanitario*, dello stesso editore del Policlinico.

fil.

Al dott. F. M. da B., abb. 5765:

Non conosco libri che trattino della diagnostica di laboratorio applicata alla pratica pediatrica. Specialmente per quanto riguarda l'interpretazione (per la medicina generale e non limitata alla parte pediatrica) troverà utili indicazioni in: V. GIUDICEANDREA: *Diagnostica medica e mezzi sussidiari di laboratorio*. L. Pozzi, ed., Roma.

fil.

Al dott. M. C., da A. P., abb. 8721:

Non esistono libri per la preparazione all'esame di Stato per le specialità e, tanto meno, libriccini succinti. La « specialità », qualunque essa sia, va studiata a fondo. Se desidera conoscere delle opere per lo studio di qualche specialità, ci indichi quale essa sia e potremo darle le indicazioni che le occorrono.

fil.

VARIA.

Proporzione degli adulterini in Germania.

F. Morel (*Gaz. des Hôp.*, 15 marzo 1930) riferisce che in Germania si sono avuti, durante gli ultimi anni, più di 1000 processi giudiziari per contestazione della paternità, nei quali si è ricorso all'esame dei gruppi sanguigni. Si è avuto un centinaio di casi di esclusione della paternità. Com'è noto, quando la ricerca è negativa, permette di escludere categoricamente la paternità; ma quando è positiva, dice soltanto che un dato uomo *può* essere il padre del bambino.

Applicando il calcolo delle probabilità, si otterrebbe una percentuale elevatissima di figli adulterini e, quindi, un forte rilassamento dei costumi. È però da notare che i processi giudiziari vengono intentati solo nei casi di dubbio sulla paternità: quindi i risultati non possono estendersi alla generalità della popolazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Vaccinazione antidifterica.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. Sanità Pubblica - Div. VI) ha diramato ai signori Prefetti e Autorità similari la seguente circolare N. 20300.2, in data 18 settembre 1930:

Con la circolare 21 dicembre 1929 e con le successive istruzioni tecniche « Note epidemiologiche e profilattiche sulla difterite » si rappresentò alle EE. LL. la necessità di una più intensa ed organica azione profilattica contro l'infezione difterica, dando le direttive e le norme per l'impiego, il più largo possibile, della vaccinazione antidifterica con anatossina, da farsi con speciale riguardo nella popolazione infantile, che è la più recettiva.

Le periodiche segnalazioni pervenute dalle EE. LL. mostrano che l'eccitamento rivolto da questo Ministero non da per tutto è stato inteso con quell'interesse, richiesto dall'importante misura profilattica.

Infatti in parecchie provincie è mancata, od è stata insufficiente e non persistente, l'azione di propaganda presso le famiglie, sicchè scarso è stato il numero dei bambini vaccinati; inoltre si son fatte le vaccinazioni senza una direttiva prestabilita, ed applicandole limitatamente nella contingenza di qualche caso di difterite; in poche soltanto si è organizzato apposito servizio per le pubbliche vaccinazioni antidifteriche e per la regolare registrazione di esse da parte degli uffici sanitari comunali.

Ad eliminare simili deficienze le EE. LL., facendo tesoro delle difficoltà e degli inconvenienti rilevati in questo primo periodo di applicazione, vorranno rivolgere particolari cure in modo da ottenere almeno nei centri più importanti, una organica sistemazione dei servizi che renda la pratica più agevole e bene accetta.

Come già si è manifestato, la vaccinazione antidifterica con anatossina non è obbligatoria; essa però deve sempre consigliarsi e deve entrare nella coscienza della popolazione e delle famiglie, le quali, rese convinte di potere con un trattamento innocuo preservare i figliuoli da una infezione tanto grave, non dovrebbero più avere riluttanza all'adozione di esso.

Al riguardo — e ciò rendesi maggiormente necessario dopo il doloroso incidente avutosi a Lubecca nell'esecuzione della vaccinazione antitubercolare, — occorre tener presente nella divulgazione della pratica vaccinale antidifterica, ai sensi della circolare 31 dicembre 1929, l'opportunità di insistere sul concetto, non sempre bene compreso dal pubblico, che nella specie non trattasi di conseguire l'immunizzazione con impiego di bacilli vivi comunque attenuati od anche uccisi, sibbene con un prodotto dell'attività bacillare reso completamente atossico, e che prima di essere messo in vendita viene rigorosamente controllato nei riguadi della sterilità e dell'innocuità.

Del pari è da diffondere la convinzione che, non trattandosi di siero, il timore, qualche volta prospettato, di poter avere fatti anafilattici, nel caso debba ricorrersi nei vaccinati all'uso di siero antidifterico, non ha consistenza.

Ormai non vi è più dubbio sulla innocuità del trattamento con anatossina e neppure inconvenienti si sono constatati nell'applicazione del trattamento per via ipodermica, che resta sempre il procedimento più agevole, specie nelle collettività, è preferibile, perchè dà maggiore garanzia di successo.

Le EE. LL. vorranno, perciò, in particolar modo curare lo svolgimento di una intelligente e ben condotta opera di propaganda popolare, ed ottenere la premurosa collaborazione dei medici e delle istituzioni tutte aventi per fine il miglioramento igienico-sanitario del nostro popolo, concorso necessario per una sempre più larga diffusione della benefica pratica profilattica.

Tenendo poi presenti le istruzioni date con la circolare 31 dicembre 1929 (VIII), si dovrà intanto ottenere:

1) che la vaccinazione antidifterica si esegua nelle collettività giovanili;

2) che nell'imminenza della riapertura delle scuole, previ accordi con le Autorità scolastiche, si attui opera di propaganda e di convinzione presso le famiglie, in modo da ottenere il loro consenso per la vaccinazione dei figliuoli, vaccinazione che si renderà più agevole se praticata nell'ambiente scolastico e per via ipodermica. All'uopo dovranno in ciascun edificio scolastico essere apprestati un ambiente apposito e gli occorrenti mezzi;

3) che i comuni istituiscano, secondo la necessità, posti per la vaccinazione pubblica antidifterica, nei quali il trattamento sarà gratuito salvo a poter richiedere il rimborso del puro costo dell'anatossina impiegata, sempre quando non si tratti di poveri;

4) che sia curata la registrazione dei trattamenti eseguiti, la regolare tenuta dei relativi registri, ed il gratuito rilascio dei certificati di subìta vaccinazione.

Questo Ministero non dubita che da parte delle EE. LL., dei medici provinciali e delle autorità locali verrà dato il maggior impegno per una ben condotta e larga applicazione delle vaccinazioni antidifteriche con anatossina.

Frattanto gradirà di avere un breve rapporto sull'azione fino ad ora spiegata al riguardo, con l'indicazione dei comuni nei quali si è praticata detta vaccinazione, del numero dei trattamenti, nonchè con le eventuali proposte delle EE. LL. per il miglioramento del servizio.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività assistenziale per le malattie dei lavoratori agricoli.

Si è riunito il Direttorio della Federazione nazionale delle Casse mutue malattia per i lavoratori agricoli, sotto la presidenza dell'on. Razza, che ha fatto brevi dichiarazioni.

Il segretario generale avv. Roberti ha, quindi, riferito su uno schema di convenzioni che è allo studio fra le organizzazioni sindacali dell'Agricoltura di Trento e quella Federazione delle Casse ammalati per estendere alle nuove provincie l'assicurazione malattia a quelle categorie di lavoratori agricoli che ne sono esclusi in base alla

legislazione vigente nelle provincie redente. Il Direttorio ha approvato l'iniziativa, salvo ad esaminare la convenzione nei suoi particolari quando gli sarà sottoposta per la ratifica.

L'avv. Roberti e il prof. Zevi hanno riferito sui lavori del recente Congresso dei medici condotti tenuto a Venezia e che si è anche occupato delle Casse mutue, soprattutto per i rapporti con i medici condotti.

Questo argomento ha dato modo al presidente on. Razza di fare alcune chiare ed esaurienti dichiarazioni intorno al programma e al metodo di azione della Federazione.

Il Direttorio ha constatato che non esiste alcuna divergenza di vedute fra la concezione della Federazione e quella delle organizzazioni sia dei medici condotti che dei medici liberi professionisti, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai lavoratori agricoli, salvo ad esaminare i dettagli man mano che si estenderanno gli esperimenti.

Su relazione del presidente del Collegio dei revisori il Direttorio ha, poi, approvato il conto consuntivo chiuso il 30 giugno 1930. Sono stati, quindi, nominati i relatori per esaminare gli statuti delle costituende casse mutue di Agrigento, Padova, Vercelli e Novara, statuti che saranno esaminati in una prossima riunione insieme a quelli delle Casse Mutue di Alessandria, Rovigo, Bari, Pavia per i quali l'istruttoria è già stata conchiusa. Il Direttorio ha, quindi, esaminato l'attività svolta dalla Cassa mutua lavoratori del tabacco di Lecce, prendendo atto con plauso dei risultati raggiunti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APIRO (*Macerata*). — Scad. 31 ott.; due condotte; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., 3 quadrienni dec.; riconoscim. 1 quadriennio anter.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ARZIGNANO (*Vicenza*). — Scad. 10 ott.; 2ª cond.; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 2500 trasp., L. 1050 serv. att.; nessun limite d'età; tassa L. 50,10.

BALVANO (*Potenza*). — Scad. 15 ott.; L. 6700 e 6 quadrienni dec.; se uff. san. L. 1000; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi*. — Scad. 31 ott. Primario direttore dei Gabinetti di Fisioterapia.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 25 ott.; chirurgo primario del Comune; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 servizio nell'Ospedale S. Bernardo; c.-v.; nessun limite d'età; tassa L. 50,15.

CARLOFORTE (*Cagliari*). — Scad. 15 ott.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; c.-v. L. 840; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CARPI. *Ospedale B. Ramazzini*. — Scad. 31 ott. Medico chir. aiuto; L. 7500 oltre c.-v., quota integrativa 10 % stipendio, 10 % atti operativi su paganti; età massima a. 35 non compiuti; classifica esami di laurea.

CERESOLE D'ALBA (*Cuneo*). — Scad. 10 ott.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., L. 1000 trasp., 4 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

CHIARI (*Brescia*). *Spedale Mellini*. — Medico primario; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50 al tesoriere dell'Ospedale; lire 10.000 e c.-v.; chied. annunzio.

GENOVA. *R. Prefettura*. — Scad. 30 nov.; ufficiali sanitari per 2 consorzi; titoli ed esami; L. 14.000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 2000 visite, rimborso spese di trasporto ecc. Età lim. 45 a.

LAPEDONA (*Ascoli Piceno*). — L. 9000 oltre lire 1000 indennità forese; L. 500 di laurea e L. 500 uff. san.; trasporto L. 400-1700-2700; cinque quadrienni dec.; età limite 35 a.; tassa L. 50,15; docum. a tre mesi. Scadenza 15 dic. Serv. entro 15 giorni.

LEYNI (*Torino*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 oltre L. 1000 trasp.

ROMETTA (*Messina*). — Scad. ore 12 del 20 ott.; 2 condotte; L. 9000 oltre L. 2000 cavalc.

SANDALO (*Sondrio*). — Scad. 10 ott.; L. 7500 per 700 pov., L. 1400 trasp., L. 3500 cavalc., L. 500 uff. san., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 6 dic.; medico di campagna; resid. nel capoluogo; L. 8000 e c.-v., oltre L. 3000 trasp., 3 sessenni dec.

S. LEUCIO DEL SANNIO (*Benevento*). — Scad. 10 dic.; L. 7000 oltre L. 1000 cavalc., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SGURGOLA (*Frosinone*). — Scad. 31 ott.; L. 10.500 per 1000 iscritti; addizionali di L. 4 e L. 5; per uff. san. L. 400; 5 quadrienni dec.; doc. a 3 mesi dal 20 sett.

TERMINI IMERESE (*Palermo*). — Sanitario dell'istituendo Dispensario antitubercolare; L. 3000 annue. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

TREVISO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Direttore medico e medico assistente dell'Istituto Marino. Scad. 10 ott.

VILLANOVA MONTELEONE (*Sassari*). — Scad. 19 ott.; per Putifigari; L. 10.200; tassa L. 50,05.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Carlo G. Gasperini è nominato, in esito a concorso internazionale, vice-direttore del Servizio sanitario marittimo e quarantenario dell'Egitto. Il nostro connazionale è risultato primo su oltre 80 concorrenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

Congresso Internazionale di Biologia.

Il prof. Adolfo Ferrata, direttore della Clinica Medica Generale della R. Università di Pavia, è stato ufficialmente invitato al Congresso Internazionale di Biologia che avrà luogo a Montevideo nel prossimo ottobre in occasione del centenario della indipendenza uruguaiana.

Appena la notizia è stata appresa negli altri paesi dell'America del Sud e cioè nel Brasile, nell'Argentina e nel Cile, diverse associazioni me-

diche e di alta coltura si sono affrettate ad invitare per corsi di conferenze l'illustre clinico di Pavia il cui nome gode larghissima fama internazionale.

Nonostante il ministro Bernardi dell'Uraguay abbia personalmente telegrafato rinnovando l'invito al prof. Ferrata, questi, per impegni imprescindibili, è stato costretto a rinunciare rinviando all'anno venturo il ciclo delle sue conferenze.

P. INTROZZI.

Da Padova.

XI Congresso Internazionale di Zoologia.

Il Congresso venne tenuto in Padova nei giorni dal 4 all'11 settembre, e vi partecipò anche la Facoltà di Medicina con diverse comunicazioni di anatomia, fisiologia e patologia comparate. Esso costituisce un avvenimento scientifico di importanza eccezionale perchè difficilmente accade di veder raccolte a scopo di studio in una stessa città così in gran numero personalità di tutto il mondo. Ancor maggiore importanza vi aggiunse il fatto d'averne S. M. il nostro Re accettato l'alto patronato.

La scelta della sede padovana per l'attuale convegno era stata deliberata tre anni or sono al Congresso di Budapest su proposta fatta a nome del Governo italiano dal nostro prof. Paolo Enriques, e perciò Padova in questi giorni fu ospite delle principali autorità della scienza zoologica e di scienze affini. Fra i rappresentanti degli Istituti stranieri notiamo il dott. Buresch delegato di S. M. il Re di Bulgaria, i proff. Pelseneer e Rubay per il Belgio, Leon Gastone Seraut per l'Algeria, Otto Storch per l'Austria, Mortensen per la Danimarca, Kuhn e Stellwaag per la Germania, Hertwig per Monaco, Robson per l'Inghilterra, Antipa per la Romenia, Stejneger e Stiles per gli Stati Uniti d'America, Roux per la Svizzera, Geza Horwarth e Geza Entz per l'Ungheria, nonchè tutti i membri del Comitato Permanente dei Congressi Internazionali di zoologia.

La seduta inaugurale, tenutasi nell'Aula Magna dell'Università, assunse un carattere di grande solennità per l'intervento di S. E. il Ministro A. Rocco. La città vi era rappresentata dalle autorità civili e militari, l'Ateneo da numerosi professori di diverse Facoltà, fra i quali i proff. Landucci, Bertelli, Fasiani, Frugoni, Casagrandi, Cagnetto, Ducceschi, Pari, Terni, Dal Piaz, Gola, e dal direttore di Segreteria dott. Violani. Per l'Istituto Veneto presenziava il suo presidente senatore Davide Giordano.

Il Congresso venne aperto con discorsi di S. E. il Ministro Rocco, del Rettore Magnifico prof. G. Ferrari e del presidente prof. Enriques i quali ricordarono le glorie dell'Ateneo Padovano ed i Grandi che vi tennero cattedra in passato, ponendo in evidenza come con le direttive del Governo Nazionale vi sia in Italia un ravvivamento degli studi poichè ogni movimento civile, e quindi anche ogni movimento scientifico, vi è inquadrato e spinto dall'attività del fascismo.

Furono costituite quindici sezioni per i diversi lavori (zoologia generale, meccanica dello sviluppo ed embriologia sperimentale, ecologia, zoogeografia, paleozoologia, anatomia comparata, fisiologia comparata, protistologia, entomologia, invertebrati, vertebrati, zootecnia, bachicoltura, parassitologia e simbiosi, nomenclatura), e vennero infine distribuite le cariche che risultarono le seguenti: segreteria generale, prof. Fausta Bertolini; presidenti i proff. Buresch (Bulgaria), Georgevitch (Jugoslavia), Tahen al Omari-Zavrel (Cecoslovacchia), Mortensen (Danimarca), Kuhn (Germania), Isquierdo (Cuba), Robson (Inghilterra), Antipa (Rumenia), Piiper (Estonia), Garmandia (Venezuela), Van Bemmelen (Olanda), Book (Svezia), Stephenson (India), Storch (Austria), Odon de Buen (Spagna), Gravier (Francia), Ghigi (Italia), Entz (Ungheria) Johannsen (Stati Uniti).

Dopo l'inaugurazione nell'Aula Magna il Congresso ha continuato i lavori in altri Istituti, ed il prof. Cagnetto ha raccolti tutti i congressisti nel bello e ricco Istituto di Anatomia Patologica che forma suo vanto, come il gemello di Anatomia Normale forma vanto del prof. D. Bertelli. Ivi il prof. Cagnetto parlò applauditissimo ricordando i suoi predecessori nell'insegnamento in quella cattedra, fra i quali furono Morgagni, Cortese, Fabrici d'Acquapendente. Quindi le diverse sezioni si radunarono separatamente, e fra le numerose comunicazioni che vi si tennero ricorderemo solamente quelle che hanno maggiore attinenza coi vari rami degli studi di medicina. Vinciguerra ricorda il contributo dato dal Museo Civico di Genova allo studio della faunistica delle nostre colonie. Valikansas (Finlandia) parla sulle variazioni nella costituzione delle faune dei mammiferi. Terni (Padova) dà relazione di esperienze con le quali riuscì ad ottenere la nascita di tritoni con doppia coda. D. Bertelli rivendica a sè la priorità di studi sulla secrezione delle glandole labiali delle sanguisughe e ne annuncia nuovi che ha in corso. Müller tratta della preparazione del siero contro il veleno delle vipere. Grande interesse desta la relazione del presidente generale del Congresso prof. Enriques illustrante la legge da lui enunciata col nome di « quarta legge dell'ereditarietà » o legge dell'indipendenza e della variabilità, per la quale si dimostra che specie differenti possono presentare variazioni simili dei singoli fattori ereditari arrivando alla formazione di nuove specie che tuttavia presentano « affinità intrecciate » o « combinazione dei caratteri ». All'applauditissima comunicazione dell'Enriques fanno seguito, fra altre, quelle di Colosi sul tema biogeografia ed evoluzione, di Sewertzoff (Mosca) a proposito di sue vedute sulla teoria dell'evoluzione, di Dulzetto (Catania) sulla fisiologia delle glandole del gozzo, di Ghigi (Bologna) sul tema « ibridismo e nuove specie », di Riddle (New-York) sul metabolismo sessuale, di Przibram (Vienna) sui fattori d'ambiente, con l'esposizione di esperienze riguardanti l'azione della temperatura sugli organismi, di Fausta Bertolini (Padova) sulla rigenerazione dell'apparato digerente nelle oloturie, di Teresa Stoltz (Milano) sul reticolo endoteliale, di D'Ancona sulla struttura delle fibre muscolari striate. Per quanto di carattere tecnico affatto speciale, pure, dato il grande interesse economico che ha per la nostra Nazione, tutto quanto riguarda la produzione agricola, meritano d'esser ricordate anche le relazioni del prof. Luciano Pigorini e dei suoi scolari sulla fisiologia e sulla patologia del baco da seta.

La città di Padova accolse i congressisti con onoranze e manifestazioni di viva cordialità of-

frendo loro festeggiamenti e banchetti alla Villa Reale di Stra, a Casino Pedrocchi, nel salone della Ragione. Essi furono anche personalmente invitati ad un the d'onore offerto dalle contesse Luisa di Sambonifacio e Noemi Giusti.

Per iniziativa dei proff. Ageno e Ducceschi la Biblioteca Universitaria in onore dei convenuti organizzava una mostra di antiche stampe e di antichi trattati di zoologia che vanno dagli albori delle arti tipografiche a tutto il sec. XVIII.

Il Congresso si chiuse il giorno 11 con parole cordialissime del prof. Joubin presidente del Comitato Permanente dei Congressi Internazionali, e con un brillante discorso di saluto del prof. Paolo Enriques.

PFL.

NOTIZIE DIVERSE.

8° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si è tenuto a Roma dal 22 al 26 settembre, con largo concorso di studiosi da ogni parte del mondo, sotto la presidenza del prof. Capparoni.

La cerimonia inaugurale si è svolta solennemente al Campidoglio, nella « Sala di Giulio Cesare », con l'intervento del Sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale on. Di Marzo, del vice governatore di Roma conte D'Ancora, del reggente la Sanità Pubblica dott. Basile, del direttore generale della Sanità militare gen. Riva, del direttore generale del Ministero degli Esteri dott. Sandichi, del questore del Senato on. Brusati, del segretario federale dell'Urbe avv. Vecchini e di altre spiccate autorità e personalità.

Prese per primo la parola il conte D'Ancora, che a nome del Governatore portò ai congressisti il saluto di Roma. Rilevò l'importanza assunta dagli studi di storia della medicina nella formazione del pensiero medico: onde l'interesse dimostrato per questa disciplina da tutte le Nazioni civili, tra cui occupa un posto d'onore l'Italia, ove S. M. il Re si è compiaciuto di accettare l'alto patronato del Congresso e il Capo del Governo di accettarne la presidenza onoraria. Ha concluso bene augurando per gli scopi che il Congresso si propone.

L'on. Di Marzo recò poi il fervido saluto del Governo fascista; illustrò il concetto che la storia della medicina trae dal passato elementi per valutare le conquiste odierne e prepararne di nuove. Nel nome augusto del Re dichiarò aperto il Congresso.

Tenne un efficace elevato discorso il prof. Capparoni, che rievocò le glorie italiane nel campo medico. Infine il prof. Tricot-Royer, presidente della Società Internazionale di Storia della Medicina, sotto i cui auspici si tiene il Congresso, ringraziò a nome dei congressisti stranieri ospiti di Roma e rivolse parole di viva ammirazione all'Italia.

I partecipanti si sono recati all'Abbazia di Montecassino, per rimettere al Monastero una targa ricordo, dono del Congresso, in riconoscimento dell'opera prestata dai monaci per la conservazione dei codici riguardanti la medicina.

Alla presidenza della Società internazionale di storia della medicina è stato chiamato il prof. sen. Davide Giordano.

Il prossimo Congresso si terrà a Bucarest.

Dei proficui lavori compiuti ci occuperemo prossimamente.

2° Congresso internazionale di ortodontia.

Si terrà a Londra dal 20 al 25 luglio 1931, sotto la presidenza di J. H. Badcock; vi sarà annessa una Mostra.

Il Congresso precedente ebbe luogo a New York nel 1926.

Tutte le informazioni concernenti le facilitazioni di viaggio e di soggiorno saranno fornite dalle agenzie ufficiali del Congresso: Morton, Pope & Co. (St. James Str. 7, London; rue Caumartin 6, Paris; Vanderbilt Ave. 71, New York) e Noel Vester u. C. (Unter den Linden 44, Berlin).

21° Congresso nazionale d'idrologia.

Dal 24 al 26 settembre si è svolto a Rodi il 21° Congresso idrologico convocato dall'Associazione nazionale di idrologia, climatologica e terapia fisica. Ad esso parteciparono numerosissimi congressisti italiani, oltre ad un forte nucleo di medici venuti dall'Egitto. Nella seduta inaugurale hanno pronunciato discorsi il podestà Biliotti, il direttore del R. Ospedale prof. Gallina, il prof. Devoto, il prof. Furno, residente in Egitto, il segretario federale Chiorando ed infine il Governatore S. E. Lago, che ha dichiarato aperto il Congresso in nome di S. M. il Re.

I lavori si sono svolti presso le R. Terme di Calatea e nell'Ospedale dei Cavalieri. È stato commemorato l'idrologo prof. Gustavo Gasperini dal sen. Gabbi, dal dott. Andreoni e dal prof. Valenti. Ascoltate e discusse furono le relazioni del dott. Carlo Gasperini e del dott. Brunetti.

Il 27 settembre i partecipanti al Congresso, recatisi a Coo, hanno dedicato l'ultima giornata dei loro lavori alla glorificazione di Ippocrate. Hanno parlato il prof. Giuliani, il prof. Valenti, il prof. Cattaneo, il prof. Devoto e il sen. Gabbi che ha proposto l'istituzione di una biblioteca dei lavori di Ippocrate e di tutte le opere scritte attorno al fondatore della medicina. È stata approvata la costituzione di una Commissione internazionale presieduta dal Governatore Lago e di cui faranno parte anche il sen. Castellani, il sen. Gabbi e il prof. Devoto per la istituzione della proposta biblioteca.

Il Congresso si è chiuso con la lettura del giuramento di Ippocrate fatta dal Governatore Lago.

In onore dei congressisti si sono svolti grandi festeggiamenti.

8° Congresso medico giapponese.

Si è tenuto ad Osaka, sotto la presidenza del dott. Sata; vi hanno partecipato molte personalità mediche straniere, tra cui il prof. Erich Hoffmann, clinico dermatologo di Bonn; il dott. Thomwald Madsen, direttore dell'Istituto sierologico statale di Copenaghen; il dott. Etienne Burnet, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi; il prof. Arthur Blak, direttore della Scuola di odontologia dell'Università Northwestern di Chicago; il dott. Chuan Shao Cheng, direttore dell'Ufficio sanitario di Tien-Tsin (Cina); il prof.

Anichkoff, patologo all'Università di Leningrado; ecc. Tra i relatori il dott. Madsen trattò delle variazioni stagionali delle malattie infettive; il prof. Hoffmann della curabilità della sifilide; il prof. Hashida (Tokio) dell'irritabilità dei tessuti; il dott. Furutuaque (Osaka) del metabolismo degli aminoacidi. Il dott. Burnet si occupò del problema della lebbra. Furono presentate più di 2000 comunicazioni.

7° Congresso dei dermatologi delle Tre Venezie.

Il 20 settembre a Verona ebbe luogo il VII Congresso della sezione dermatologica delle Tre Venezie; vi ha partecipato buon numero di medici dermatologici. Il raduno si è tenuto nella Loggia di Fra Giocondo in piazza Dante, concessa dalla presidenza provinciale, sotto la presidenza del prof. Fiocco.

Associazione Italiana dei volontari del sangue.

Nell'intento di estendere ai principali centri italiani l'organizzazione dei volontari datori di sangue, che prima sorse in Milano presso lo Studio Ematologico Milanese, è stata presa la decisione di costituire l'« Associazione italiana volontari del sangue » con il fine di organizzare, nei più importanti capoluoghi, delle sezioni, dalle quali potranno in seguito dipendere delle sottosezioni.

La sede centrale della nuova Associazione rimane a Milano, in via Moscova 18.

Lo Studio Ematologico Milanese sarebbe grato ai colleghi che volessero assumere nelle varie provincie italiane la direzione tecnica di una sezione o sottosezione.

Nella Federazione Stomatologica Italiana.

Al XIX Congresso Nazionale della Federazione Stomatologica Italiana che ha avuto luogo a Venezia dal 16 al 21 settembre u. s., l'assemblea generale dei soci ha proceduto al rinnovamento delle cariche sociali eleggendo a presidente il prof. Nicola Papa della R. Università di Bari, a vice-presidenti i proff. Grandi di Trieste e Saraval di Venezia e a tesoriere il prof. Piperno di Roma.

A direttore del periodico « La Stomatologia », organo ufficiale della F. S. I., è stato riconfermato per un quinquennio il prof. Arrigo Piperno di Roma.

Scuola di perfezionamento in odontoiatria.

Sono aperte fino al 31 ottobre le iscrizioni per i corsi di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria per l'anno accademico 1930-1931, presso la Scuola di Perfezionamento in Odontoiatria della R. Università di Milano. Gli aspiranti, laureati in medicina e chirurgia, potranno chiedere il programma alla Segreteria dell'Istituto Stomatologico Italiano, via Commenda 19, Milano (114), telef. N. 51.269.

Corsi per assistenti visitatrici d'igiene a Milano.

Secondo le norme sull'ordinamento delle Scuole professionali per assistenti visitatrici di igiene materna ed infantile (vigilatrici scolastiche) e vigilatrici dell'infanzia, sono anche quest'anno aperte le iscrizioni ai corsi presso l'Istituto provinciale di protezione ed assistenza della infanzia di Milano.

Le lezioni hanno inizio nel mese di novembre e terminano nel mese di giugno successivo per i corsi di assistente visitatrice di igiene materna ed infantile e di visitatrice scolastica; hanno inizio nel mese di dicembre e terminano nel maggio successivo per i corsi di vigilatrice dell'infanzia.

La Amministrazione Provinciale di Milano ha messo a disposizione venti posti gratuiti di vitto ed alloggio per le prime aspiranti iscritte e per le più meritevoli.

Per le iscrizioni e gli schiarimenti rivolgersi alla direzione dell'Istituto Provinciale di protezione ed assistenza della infanzia (viale Piceno 60).

Istituto radiologico a Belluno.

Il 21 settembre venne inaugurato il nuovo Istituto di Radiologia e Fisioterapia dell'Ospedale Civile di Belluno, alla presenza del prefetto comm. M. Montecchi, del prof. R. Balli presidente della S.I.R.M., delle autorità cittadine, di numerosi radiologi di tutta Italia e di un folto gruppo di medici della città e della provincia. Numerosi i discorsi.

L'Istituto dispone di 100 mg. di radium.

Per solennizzare l'avvenimento, la Società Medica Bellunese, presieduta dal prof. Gino Pieri, tenne poi una seduta dedicata esclusivamente ad argomenti di radiologia; vi furono fatte comunicazioni da Balli, Ceresole, Vespignani, Pieri, Dardani, Bernardi e Lapenna.

Istituto oncologico nel Giappone.

Verrà fondato a Koishikawa, in Tokyo, e comprenderà un ospedale di 40 letti e un laboratorio diviso in 4 sezioni.

Dispensari universitari a Filadelfia.

La « Temple University School of Medicine » di Filadelfia sta facendo erigere un fabbricato addetto unicamente a dispensarî; esso costerà un milione di dollari, ossia 19 milioni di lire it.; comprenderà molti piani; sarà pronto in ottobre. Un anonimo ha ora donato 25.000 doll., ossia circa mezzo milione di lire, per l'attrezzamento di un piano.

Elargizioni.

L'Università di Chicago si segnala per numerose elargizioni ed assegnazioni che riceve: sono destinate ad organizzare nuove ricerche scientifiche, a migliorare gl'Istituti, ad arricchire biblioteche, ecc., sovratutto nel campo medico.

Segnaliamo, a titolo d'esempio, l'elargizione di 50.000 dol., fatta dal sig. Max Epstein, per istituire un servizio d'ambulatorio; una di 10.000 dol., fatta dal dott. J. R. De Lee, per istituire una sala di lettura nella Clinica ginecologica, in memoria della madre; ecc.

Nella stampa sanitaria.

Il periodico « Orthopedia í Traumatologuia », pubblicato dall'Istituto clinico d'ortopedia e di traumatologia del Commissariato di salute pubblica dell'Ucraina, esce ogni due mesi, in fascicoli di 6-8 fogli di stampa; contiene articoli originali, critiche, relazioni, resoconti di società e di congressi. Lo scambio del periodico con l'e-

stero viene effettuato attraverso l'« Association Ukrainienne pour relations scientifiques et intellectuelles avec l'étranger », rue Sadowokoulikiwaka 7, Charcow, Ucraina.

* * *

Ha avviato le pubblicazioni il periodico mensile « Le case private di cura », organo della « Federazione Nazionale Fascista Istituti Privati di Cura »; è diretto dall'avv. Domenico Santo; ne è redattore responsabile l'avv. Sebastiano Vizzoca. Direzione e amministrazione hanno sede in Roma, Corso Umberto I 300. L'abbonamento annuo importa L. 20. Augurî.

Pletora di farmacisti nel Belgio.

La rivista belga « Nationale pharmaceutique » dichiara che nel Belgio v'è un numero doppio di farmacisti di quello necessario. Sono 1860 contro 600 in Olanda, per una popolazione uguale. Ne risulta che il rendimento nel Belgio è infinitamente più ridotto. Vengono messi in guardia i genitori contro la tendenza che avrebbero a spingere i loro figli verso una professione di tal genere, poichè i molti farmacisti belgi non hanno in prospettiva che una vita di privazioni.

Contro un Istituto Zeileis in Czecoslovacchia.

Il Ministero della Salute Pubblica della Czecoslovacchia ha negato la licenza per la fondazione di un Istituto Zeileis in Czecoslovacchia. Com'è noto, Zeileis è un ciarlatano che viene recando una vera rivoluzione nell'Europa Centrale con i suoi processi curativi.

(*Bras. Med.*, 6 sett. 1930).

Il dott. Asuero arrestato.

Il dott. Fernando Asuero è stato denunziato, dal Dipartimento Nazionale d'Igiene di Buenos Aires, all'autorità giudiziaria, per esercizio illegale della medicina, essendo egli sfornito del diploma argentino. È stato arrestato, ma subito dopo rilasciato a condizione che non abbandonasse la città senza darne notizia. Ciò nonpertanto egli si è allontanato.

(*Journal A. M. A.*, 16 ag. 1930).

Stoicismo di un medico.

Il dott. Leonard Mark, del « St. Barthelemiew's Hospital » di Londra, malato di acromegalia, ha con fredda impassibilità descritto tutte le fasi del suo male, fino a che non è stato colto dalla morte; si è fatto radiografare ogni mese; le note verranno raccolte in un volume dai suoi collaboratori.

Falso medico.

È stato arrestato, per abuso di titolo, illecita professione e falso in atto pubblico lo studente in medicina Antonio Mazzoni da Copparo (Ferrara), il quale si era spacciato come medico, aveva assunto la supplenza del dott. Scarrone nella condotta di Cantello (Varese) ed aveva falsificato un certificato d'iscrizione all'Ordine dei Medici di Milano, sostituendo il suo nome a quello del dott. Pompeo Calvetti.

Per qualche tempo egli aveva disimpegnato regolarmente, a quanto pare, il servizio di supplenza; ma poi dette adito a sospetti.

Due bambini scambiati in una Maternità di Chicago.

In una Maternità di Chicago è avvenuta una confusione tra due bambini, tanto da non sapere più stabilire quale fosse la madre dell'uno e quale dell'altro. Il problema è stato portato innanzi il Tribunale, che si è ispirato alla saggezza biblica, senza però applicare il giudizio di Salomone. In mancanza di prove biologiche positive, il Tribunale ha sentenziato che i due bambini saranno allevati come se avessero ciascuno due madri e due padri, fino a che la somiglianza fisica con l'una o con l'altra famiglia redimerà la questione.

Autore di un attentato scoperto mediante le impronte dentali.

Alle miniere del Giffe, a Saint-Geoire (Francia), l'autore di un attentato alla cheddite potè essere individuato mediante impronte dentali lasciate sulla cartuccia.

Anche le impronte delle scarpe ferrate sul suolo corrispondevano.

A 85 anni si è spento il prof. JEAN HENRY ADOLPHE D'ESPINE, che fu per lunghi anni direttore della Clinica pediatrica di Ginevra. Ha legato il suo nome al segno di d'Espine (broncofonia o pettiroloquia afona) per la diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale nei bambini. Nel 1877, ancora interno d'ospedale, pubblicava, unitamente al collega C. Picot, un « Manuale di malattie dei bambini » il quale ha ottenuto largo successo ed è stato più volte rieditato. Esplicò un'attività molteplice e benefica a favore dell'infanzia, sovratutto nella « Union Internationale de Secours aux Enfants » e nel Comitato Internazionale della Croce Rossa.

È morto a 82 anni il prof. ALEXANDRE VOGT, già professore alla Facoltà medica di Mosca. Durante i suoi anni giovanili egli aveva fatto del teatro e si era rivelato un poeta ed un fine letterato. Consacratosi alla medicina, si distinse presto; fondò in Russia il primo Istituto di patologia generale. In ultimo si era specializzato nella cardiologia; qualche sua opera in tale campo è stata tradotta in francese, tedesco e inglese.

Con profondo cordoglio registriamo la perdita del prof. dott. RODOLFO UGOLINI, direttore dell'Ospedale di San Giovanni e dell'Ospizio Umberto I in Roma. Diresse anche per alcuni anni i servizi sanitari degli Ospedali Riuniti di Roma. Fu uno dei migliori allievi del Marchiafava. Era apprezzatissimo dai colleghi e dalla popolazione.

Al momento di andare in macchine apprendiamo la perdita dell'illustre fisiologo sen. prof. GIULIO FANO. Ci riserviamo di darne un cenno biografico in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 5 lug. — C. F. CRAIG. Fissaz. del complem. nell'amebiasi. — I. S. WECHSLER. La leggenda della profilassi delle malattie mentali.

Amer. Med., giu. — Numero sul cancro.

Arch. di Ortop., 30 giu. — A. POLI. Fissaz. chirurgica dei tendini allo scheletro. — B. SIAVINI. Sindromi ischialgiche.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — M. C. RIDDLE e C. C. STURGIS. Effetti dell'iperalimentaz. epatica sull'anemia pernic. — R. J. COX e C. D. CHRISTIE. Aneurisma delle coronarie. — E. L. BORTZ. Visceroptosi. — W. M. YATER e E. STUART LYDDANE. Lipoma del mediastino. — B. HEYDA. Iperlipemia alimentare.

Amer. Journ. Obst a. Gyn., giu. — Z. BERCOWITZ. Riflessi pupillari in gestanti e non gestanti: valore diagnostico. — J. L. BOYCOTT. L'estratto epatico nelle tossiemie della gravid.

Minerva Med., 14 lug. — U. RONDELLI. Capillaroscopia clinica.

Arch. di Patol. e Clin. Med., giu. — S. ZISA. Cosidetta « nefrosi genuina ». — M. ZAPPACOSTA. Patogenesi dell'ipertensione. — C. MANZINI. Carotinemia.

Münch. Med Woch., 11 lug. — FREY. Compito dell'iperemia reattiva. — AMMERSCHLÄGER. Gruppi sanguigni.

Mediz. Welt, 12 lug. — BAUER. Basi costituzionali della debolezza cardiaca.

Deut. Med. Woch., 11 lug. — A. ASCOLI. La vaccinaz. Calmette. — REICHE e REYE. L'altezza della dose di antitossina nel trattam. della difteria.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., giu. — A. MUGGIA. Esantema critico di Glauzmann. — C. RIVOLTA. Reaz. di Dujarric e Kossovitch nella diagn. della sifilide.

Zeitsch. f. Tuberk., lug. — B. LANGE. Bacilli tubercolari di origine umana e animale. — D. EPSTEIN e P. TARKANOWSKI. Tbc. e sistema vegetativo.

Prensa Méd. Argent., 10 giu. — J. J. SPANGENBERG e L. MUNIST. Arteriografia degli aneurismi artero-venosi. — J. LLAMBIAS. Atrofia congenita del rene. — *Id.*, 26 giu. A. F. CAMAÜER. Diagnosi di coma.

Presse Méd., 1 lug. — B. DESPLES e J. DELSACE. Le bili nere. — R. RIVOIRE. Il virus della sclerosi a placche.

Riv. San. Sicil., 1 lug. — G. VERROTTI. Sifilide e cancro.

Scalpel, 12 lug. — Giornate mediche di Bruxelles.

Soc. d. Méd. d. Hop., 7 lug. — F. RATHERY e B. WAITZ. Noduli polmonari da spirochete.

Gaz. d. Hôp., 12 lug. — MONNEROT-DUMAINE. Le diarree croniche.

Med. Herald, lug. — G. M. BLECH. Trabocchetti nella diagnosi di appendicite.

Riv. di Cl. Ped, ag. — B. DE LUCA. Guaribilità della meningite tbc. — L. MAGNI. Ipertrofia parziale congenita.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., lug. — H. A. RILEY. Siringomielia o mielodisplasia. — J. M. MCKINNEY. Che cos'è l'emozione?

Lotta contro la Tuberc., lug. — F. BOCCHETTI e A. ILVENTO. Il bacillo bovino biliato di Calmette in genetica. — G. BRECCIA. Aspetti clinici della tubercolizzazione occulta. — G. DE GRECCHIO. Profilassi antitubercolare negli Istituti di prevenzione e di pena.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — H. C. NAFFZINGER e M. A. GLASER. Le fratture depresse del cranio. — H. E. RADASCH. Senilità ossea e riparazione ossea. — C. T. OLCOTT. Carucola uretrale nella donna. — J. BUCKSTEIN. La nicchia duodenale.

Riforma Med., 7 lug. — N. FIESSINGER. Polipeptodorachidia. — A. FERRANNINI. Valore clinico del virus tbc. filtrabile.

Deut. Med. Woch., 18 lug. — HIRSCH. Ipofisi ed ipertonia. — VIRNICH. Trattam. della meningite epidemica. — FRANKENSTEIN. Lenimento del dolore del parto.

Bull. Ac. de Méd., 8 lug. — H. CLAUDE e al. Risultati remoti della malarioterapia nella paral. gen. — J. TROISIER. Innesto del cancro umano al cimpanzé.

Ann. Inst. Pasteur, lug. — G. BERTRAND e VORONCA-SPIRT. Il titanio nell'organismo. — R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE e N. KOSSOVITCH. Ricerche sui gruppi sanguigni. — S. MUTTERMILOT e E. SALAMON. Immunizzaz. speriment. contro il tetano cereb. — Vari lavori sul BCG.

Pathologica, 15 lug. — V. ZAMORANI e G. GUASSARDO. Paratiroidi, calcemia, eliminazione biliare del Ca.

Mediz. Welt., 19 lug. — MUCH e al. Immunizzazione alla Calmette.

Mediz. Klinik, 18 lug. — G. SCHLOMBA. Fisiologia dell'età.

Paris Méd., 19 lug. — Numero di chirurgia, ortopedica e chirurgia infantile.

Cervello, 15 lug. — M. BENVENUTO. Reattività cutanea nella sifilide nervosa; reazioni allergiche nella malarioterapia.

Osped. Magg., giu. — L. BALDASSARI. Servizio di assistenza sociale negli ospedali. — E. TICOZZI. Aneurisma traumatico del cuoio capelluto.

Journal A. M. A., 12 lug. — T. H. HARRIS e A. HAUSER. Intossicaz. da bromuri. — P. F. STOOKEY e al. Il blocco spinale nella meningite epidemica.

Brit. Med. Journ., 26 lug. — W. TROTTER. Osservazione ed esperimento in medicina.

Med. Welt, 26 lug. — FISCH. L'alimentaz. infantile. — M. ZU HORSTE. L'equilibrio acido-base in pediatria.

Med. Klinik, 25 lug. — F. BREINT. Allergia, anafilassi e idiosincrasie.

Deut. Med. Woch., 25 lug. — STETTNER. Le basi dell'alimentaz. infant.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discuss. su: Ferite del plesso brachiale; tecnica e risultati della prostatectomia; aureo-terapia della tbc. — Casistica.

Revue Méd. Suisse Rom., 25 lug. — M. ROCH. Azotemia senza lesioni renali.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringologia.

Bull. Méd., 26 lug. — Numero sulla sifilide.

Riv. Sanit. Siciliana, 15 lug. — M. GRAVAGNA. Sifilomi iniziali in sede insolita.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., giu. — P. OURY. Il dolore gastrico nelle dispepsie funzionali. — J. TURRIÈS. Celialgia sifilitica.

Presse Méd., 24 lug. — A. CALMETTE. La vaccinazione con BCG.

Chirurgia d. Org. d. Mov., 1-2. — M. CAMURATI. Pseudoartrosi congenite della tibia. — E. CODELEONCINI. Artrite da « Bacterium coli ».

Arch. It. di Chir., 4. — A. ROMANI e A. SLAVIERO. Colecistiti. — G. GALLOTTE. Diverticoli del

duodeno. — F. ZANARDI. Anastomosi artero-venosa. — V. FERRERO. Tumori del glomo carotideo.

Gazz. Osp. e Clin., 27 lug. — G. GALLI. Il reumatismo tub. acuto.

Riv. di Clin. Medica, mag. — F. FORTI. Variazioni della pressione omerale da compressione del bracciale.

Rassegna Medica, giu.-lug. — L. LATTES. Ereditarietà dei gruppi sanguigni. — O. COZZOLINO. Il bambino sovralimentato.

Gaz. Hôpitaux, 26 lug. — P. BASQUET. L'autosieroterapia nel trattam. delle dermatosi.

Riforma Medica, 21 lug. — U. BACCARANI. La febbricola faringea pseudotub. e le rino-laringobronchiti pseudotub. — P. PIERACCINI. La terapia incruenta nella calcolosi ureterale.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., lug. — FLUHMANN. L'ormone pituitario nel sangue delle pazienti ginecologiche. — FIRST e GOLDSTEIN. L'anemia della gravidanza. — FURNISS. Il « Trichomonas vaginalis ».

Riv. Pat. Clin. Tubercolosi, lug. 1930 — GIUFFRIDA. Il pneumotorace di breve durata. — LURICH. L'infiltrato precoce.

Wiener Klin. Wochen., 31 lug. — FELSENREICH. Risultati del trattam. operativo delle ferite. — MANDL. La resezione dell'ulcera duodenale.

Zblt. f. Chir., 2 ag. — GOHRBANDT. La diatermia chirurgica.

Journ. Méd. Paris, 31 lug. — H. DUFOUR. Asma e sifilide.

Bull. Acad. Méd., 22 luglio. — RAMON. Le applicaz. dell'anatossina difterica.

Rass. Internaz. Clin. e Ter., giu. — BARTOLI. I mezzi coadiuvanti dell'anestesia.

Ann. Chirurgia, lug. — O. BARTOLI. Reaz. sierologiche delle streptotricee. — G. STIRPE. La curva glicemica nella calcolosi epatica.

Min. Med., 28 lug. — ALLODI. L'achilia gastrica nell'anemia perniciosa. — ANDREI. Echinococco della parotide.

Pediatria del Med. Prat., lug. — VALGIMIGLI. La vaccinoprofilassi della pertosse.

Edinburgh Med. Journ., ag. — DAVIDSON. La sostanza basofila degli eritrociti.

Journ. Am. Med. Ass. — PETERSON, SPALDING, WILDMANN. La psittacosi. — BERNTON. Asma da Aspergillo. — OTTO. Trattamenti dell'ascaridiasi.

Pediatria, 1 ag. — G. MILIO. Osservazioni statistico-cliniche sui prematuri. — A. FOÀ. Glomerulo-nefrite da parotite ep.

Med. d. los países cálidos, lug. — M. CANO. Il chinostovarsol nella malaria con gameti.

Practitioner, ag. — FOURNEAU. La chemioterapia. — G. EVANS. La disfagia nervosa. — PARISH. Diagnosi precoce dei carcinomi polm.

Presse Méd., 30 lug. — LORTAT-JACOB e SOLENTE. Influenza e reazioni cutaneo-mucose.

Lancet, 2 ag. — F. COOMBS. Sifilide del cuore e dei grossi vasi. — ORIEL e BARBER. Una proteosi dell'urina escreta in condizioni di allergia.

Quarterly Journ. Med., lug. — OSMAN e CLOSE. Acidosi e debolezza. — SMITH e SIMPSON. Misure della temp. cutanea. — HARRIS e MCLOUGHLIN. La viscosità del sangue nell'elevata pressione sanguigna.

Med. Klinik., 1 ag. — KOCH. La trombosi delle coronarie. — SMOLER. Trattam. dell'empiema pleurico non tub.

Münch. Med. Woch., 1 ag. — KLIN. Determinazione del volume del sangue. — BAGDASSARJANZ e TURKELTAUB. Influenza del lavoro muscolare sul cuore.

Nederl. Tijd. v. Geneesk., 2 ag. — ZEEMAN. Quando si deve operare la cataratta. — SANDUS. Epidemiologia della malaria terzana.

Bull. Med., 2 ag. — G. LYON. Le coliti da parassiti microscopici.

Gaz. Hôp., 2 ag. — DUPIRE. Le sclerosi polmonari.

Rev. de Chirurg., N. 1-3. — APOSTOLEANO. Nuovi orientamenti della terapia chirurgica. La meccano-fisioterapia.

Riforma Medica, 11 ag. — IZAR e POLERÀ. Epatoterapia e funzione splenica. — RINALDI. Le nefropatie luetiche precoci.

Rivista Ter. Moderna e Med. Prat., Milano, settembre 1930. — Il lavoro scientifico ital. nel campo fisiopatologia ricambio. — Studiosi di storia med. in Italia. — Iconografia Med. Ital. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 13 Ottobre 1930 Num. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. Istituto Fisioterapico Ospedaliero di S. Maria e S. Gallicano - Roma.

Il criterio della "radioamitosi" nelle sue conseguenze sulla tecnica radiumterapica e sulla collaborazione chirurgica.

Prof. Luigi Cappelli
Capo del Servizio di Radiumterapia.

In una mia precedente nota (*), dopo avere dimostrato che il criterio fisico direttamente citocida, attuale guida della radioterapia antineoplastica, riducendo la dose ad un prodotto puramente matematico, non disciplina il valore dei suoi singoli fattori: intensità e tempo (donde l'incongruenza delle tecniche); e dopo avere rilevato che la quantità di radiazioni necessaria e sufficiente a *distruggere* un determinato neoplasma (dose antineoplastica assoluta) non può essere sempre utilizzato, perchè spesso superiore alla quantità tollerata dai tessuti da rispettare (dose antineoplastica relativa), io proponevo la sostituzione del vecchio criterio con un indirizzo funzionale, consistente nell'utilizzare la *facoltà frenatrice delle radiazioni sul processo mitotico* (*radioamitosi*).

Dicevo, inoltre, che *l'intensità amitogena* diretta contro la cariocinesi, dovendo insistere per il tempo opportuno a che le cellule neoplastiche abbiano compiuto il loro ciclo vitale, il nuovo criterio porta una rigorosa, tassativa disciplina nella *modalità di somministrazione delle radiazioni* (intensità e tempo) ed elimina lo scoglio della radioresistenza.

Ora, poichè i primi saggi clinico-sperimentali mi hanno dato risultati oltremodo incoraggianti, vediamo, per necessità di spazio in succinto, quali sarebbero le conseguenze dell'adozione di un simile criterio funzionale sullo strumentario e sulla tecnica radiumterapica, e, soprattutto, nei riguardi della collaborazione chirurgica. Una tale discussione potrà essere utilissima per la eventuale ricerca clinico-sperimentale.

Rispetto allo strumentario dirò che, dovendo esso rispondere alle esigenze di una quanto

(*) V. L. Cappelli. *Considerazioni di radiobiologia antineoplastica. L'intensità e la dose amitogena.* Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 29, 1930.

più perfetta uniformità di irradiazione, quello attuale non si presta allo scopo. Trattandosi, invero, d'imbevere un determinato territorio di una intensità *minima efficace*, è indispensabile che da tutta la superficie dell'apparecchio fuoriescano le radiazioni in uguale quantità, per non correr l'alea di eccessi o di difetti. Ora, i tubi e gli aghi, mentre emettono radiazioni in misura maggiore nei loro 2/4 medi o nella loro parte, direm così, diafisaria, agli estremi, per ovvie ragioni, l'intensità del fascio radiante è assolutamente minima. Dunque, assenza di uniformità. Prevedendosi, inoltre, lungo il tempo di permanenza degli apparecchi radiferi in sede d'irradiazione, le estremità più o meno acuminate degli aghi e dei tubi stessi potrebbero in qualche caso riuscire lesive.

Dietro queste considerazioni, non resta che concepire apparecchi a forma di *sfere* o *palline*, di minimo volume, forate nel centro per l'eventuale passaggio di un filo da sutura. Apparecchi così foggiati, possono essere utili, inoltre, sotto forma di coroncina, per l'irradiazione di tramiti o di cavità comunque tubulari.

La carica radioattiva di simili sfere io ritengo che debba esser sempre inferiore al milligrammo di Radium-elemento; forse 1/2 od anche 1/3 e 1/4 di milligrammo presumo che possano esser sufficienti. Lo spessore delle pareti (filtro) dovrebbe limitarsi a millimetri 0,6 di platino, vale a dire a quanto basta per la emissione esterna di soli raggi gamma medi e duri. L'esperienza dirà se sia necessario ricoprire dette sferine di un debole strato di sostanza capace di assorbire i raggi secondari del platino (ad es. di bachelite), i quali, come è noto, sono meno elettivi e più caustici.

Tutto questo considerato, e poichè il metodo dovrebbe essere diretto soprattutto contro i cancri radioresistenti, vediamo ora in linea generica le condizioni della collaborazione chirurgica.

Dire, intanto, cancri radioresistenti (intendo sempre cancri epiteliali), è quanto alludere agli epiteliomi interni: campo rimasto all'attuale radioterapia direttamente citocida, quanto mai interdetto.

Primo cómpito del chirurgo, adunque: mettere in evidenza la sede del neoplasma.

Questo eseguito, la diagnosi clinica va confortata subito con quella microscopica, che, mediante microtomo a congelazione, può essere fornita dall'istologo approssimativa in soli cinque minuti. Tale primo esame istologico provvisorio del frammento neoplastico, dicendoci se realmente si tratti di cancro, potrà, inoltre, darci qualche notizia, per quanto l'imperfezione e rapidità del metodo lo conceda, sulle condizioni dell'anaplasia citologica, notizia per noi oltremodo preziosa, in quanto il grado della differenziazione ontologica, può essere grossolanamente ritenuto proporzionale all'intensità mitotica, al metabolismo cellulare e, quindi, alla radiosensibilità. Ora, questa notizia, unita a quelle accuratamente ricavate dall'indagine anamnestica sul decorso del processo morboso, sono per noi utilissime nei rispetti *della distribuzione spaziale* degli apparecchi radiferi.

Infatti, sapendo che le radiazioni diminuiscono dalla sorgente radiogena secondo la legge dei quadrati delle distanze, occorre che un punto equidistante da quattro apparecchi distribuiti nelle tre dimensioni dello spazio, abbia sempre la sua intensità amitotica efficace, e la densità degli apparecchi da distribuire deve seguire direttamente la sensibilità di quel determinato neoplasma per la *radioamitosi*, desunta per quanto si può dal reperto istologico provvisorio e dal decorso.

In tal modo, formatoci un concetto sulla distribuzione spaziale degli apparecchi, noi siamo in grado di coadiuvare il chirurgo, il quale procederà con la sua particolare competenza in proposito, alla seconda modalità di distribuzione degli apparecchi stessi: quella *topografica*.

Quanto a questa, io dirò che, trattandosi nel nostro caso di un assedio regolare e non più di un assalto, come ora si fa, metodo preferibile sarebbe d'incominciare la deposizione degli apparecchi radiferi nelle stazioni e lungo le vie linfatiche, mèta e sede ordinaria della propagazione metastatica, sia questa avvenuta o non, e, da ultimo, aggredire il neoplasma circondandolo col criterio della distribuzione spaziale, di sferine radioattive.

In linea di massima io non ritengo opportuna l'asportazione cruenta della massa primitiva, poichè se il tumore ha aperte le vie dei linfatici alla sua ordinaria invasione metastatica, l'intervento diretto può spalancargli anche le vie sanguigne, con trapianti a distanza non più raggiungibili.

La vicinanza del chirurgo ci sarà, inoltre, preziosa per aiutarci ad evitare, con le risorse della sua tecnica, l'immediato contatto degli apparecchi radioattivi con vasi e nervi importanti; ad utilizzare tutti gl'interstizi opportuni; ad aprire eventualmente minuscole breccie, en-

tro cui deporre ed assicurare i focolai radioattivi, tanto più che la coalescenza di queste piccole soluzioni di continuo, dalle radiazioni delle sferine radioattive non può esser gran che disturbata.

Questo compiuto, il chirurgo procederà alla chiusura del campo operatorio. Appena le condizioni del paziente concedano, sarà bene eseguire un radiogramma d'insieme, il quale, oltre a fornirci notizie sulla stabilità degli apparecchi deposti, potrà servire come campione per radiogrammi successivi ed accusarci eventuali spostamenti. E questo esame comparativo, con un po' di addestramento, potrà un giorno riuscirci utile ad apprezzare la riduzione della massa neoplastica, desunta dall'addensarsi delle sferine metalliche da cui è stata circondata.

Circa il tempo di permanenza degli apparecchi radioattivi in sede d'irradiazione, dirà a mano a mano l'esperienza e lo studio, che va incominciato dai casi più semplici ai più complessi, per evitare inconvenienti derivanti da eventualità teoricamente non prevedibili, non che per utilizzare gli ammaestramenti d'una progressiva esperienza.

Intanto io posso dire che da qualche tentativo preliminare, eseguito con lo strumentario a mia disposizione, mi risulta essere i tessuti normali estremamente tolleranti per le piccole intensità radioattive, dirette contro la mitosi, in essi enormemente rara o assente del tutto. Anzi, senza intenzione di generalizzare, io riferirò che in un caso di epitelioma divenuto radioresistente per precedenti trattamenti (diatermocoagulazione e raggi X, radium due volte, intervento chirurgico inefficace), l'esatta intensità amitogena (piccolissima!) oltre al procurarmi la totale scomparsa in un mese della massa neoplastica, non ha affatto impedito la ricostituzione della perdita di sostanza derivatane, come potè notarsi sopratutto dal concentrico progredire della listerella epidermica riparatrice, durante la stessa irradiazione. Sicchè resta aperta anche questa incoraggiante possibilità.

Unico inconveniente, se tale può dirsi in una malattia così grave quale il cancro, è la necessità di un secondo intervento chirurgico allo scopo di ritirare gli apparecchi radioattivi deposti.

Questo dovrebbe avvenire su tavolo operatorio trocoscopico per l'eventuale ricerca, mediante schermetto lenticolare sterilizzabile, di qualche apparecchio, che al radiogramma fosse apparso spostato. In mancanza di tavolo operatorio fornito di ampolla sottostante a raggi X, lo stesso schermetto fluorescente, a camera operatoria buia, potrà rivelarci la luminosità provocata dall'apparecchio radifero sottoposto a ricerca.

In tal modo e con maggior comprensione reciproca, la collaborazione chirurgico-radiumterapica diverrebbe necessaria, più intima e più razionale, illuminata dall'intendimento di un'opera non solo palliativa, ma mirante ad un esito felicemente risolutivo. Collaborazione che al chirurgo non può riuscire discara, quando consideri che, nella ingratitudine di una simile lotta, la sua opera resta integrata non già da un medico fornito di grossolane nozioni fisiche, ma da un coadiutore che è soprattutto un biologo.

Tutto questo io ho voluto esporre, non già per precorrere gli eventi, ma per far sì che se alcuno credesse di sottoporre il principio della radioamitosi al vaglio dell'esperimento scientifico e clinico, per difetti grossolani di previsione non abbia a trarre conseguenze tali, da infirmare un metodo, che solo da rigorosi tentativi, ripetuti nelle migliori condizioni, può essere respinto. E io mi auguro la fortuna di più di un collaboratore, in un campo di ricerca biologica così ampio, che sovrasta alla possibilità di un sol uomo. Soltanto lavorando in parecchi, potrà dirsi se l'indirizzo sia giusto od errato, e, nella prima eventualità, presto fissarsi i paradigmi che, per diverse localizzazioni neoplastiche, secondo i vari tipi istologici ed evolutivi, definiscano le dosi e le tecniche più convenienti. E, nella stazionaria impossibilità in cui siamo, vale bene la pena il tentare di sostituire ad un metodo fisico insufficiente, un criterio pù biologico perchè funzionale, col miraggio diretto, se non altro, di poter sostituire all'empirismo dei metodi una severa guida nell'impiego dei fattori della dose, e con la remota speranza di riuscire maggiormente proficui ai colpiti da una delle più ribelli infermità.

RIASSUNTO.

L'A. ricordata l'impossibilità radioterapica, derivante dal criterio fisico della dose direttamente citocida, e l'incongruenza delle attuali tecniche per l'indisciplina dei fattori della dose stessa; propone di adottare l'indirizzo biologico della radioamitosi, da lui saggiato in preliminari esperimenti. Discute, quindi, l'intensità e la dose amitogena, le loro conseguenze sullo strumentario e sulla tecnica radiumterapica e traccia, infine, le linee della collaborazione chirurgica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I DI TORINO.

SEZIONE MEDICA diretta dal Prof. E. GRUNER.

Trapianto di tumore ovarico maligno nella parete addominale, lungo il tramite del trequarti di una paracentesi.

Dott. VITTORIO GIUSEPPE BARONE, assistente.

Credo interessante riferire il caso seguente, da me osservato, e controllato coll'esame anatomo-patologico macro e microscopico, perchè esso offre un netto e sicuro esempio di una particolare modalità della disseminazione metastatica di tumori maligni: la metastasi da innesto o trapianto.

CASO CLINICO. — S. E., d'anni 54, maritata, portinaia. Nulla d'importante nell'anamnesi famigliare dell'ammalata. Mestruò a 14 anni e le mestruazioni si succedettero sempre regolari per ritmo, durata e quantità sino a 48 anni. Da sei anni è in menopausa. Dal matrimonio l'ammalata ebbe due figli, viventi e sani; l'ammalata ebbe anche tre aborti, nei primi mesi di gravidanza.

Sofferse di ileotifo a 18 anni; a 27 anni di reumatismo articolare acuto, cui residuarono lievi fenomeni di debolezza cardiaca: cardiopalmo e dispnea alle fatiche, che si sono accentuati in questi ultimi anni.

L'attuale malattia cominciò, a detta dell'ammalata, nel mese di febbraio 1930 con debolezza generale, deperimento, anoressia, senso di tensione e di gonfiore all'addome, edemi serotini ai piedi e ai malleoli.

L'ammalata credette dapprima trattarsi dei fenomeni di debolezza cardiaca, cui già era abituata, e continuò nel suo mestiere di portinaia, sino all'aprile 1930, epoca in cui dovette abbandonare completamente il lavoro, e fu ricoverata in Ospedale per i seguenti fatti: anoressia e deperimento notevolissimi, dispnea, tosse stizzosa, talora nausea e vomito, tumefazione spiccata dell'addome e meno degli arti inferiori, dolori vaghi addominali.

Riporto dalla storia clinica dell'ammalata i dati più importanti raccolti all'esame obbiettivo: condizioni generali scadentissime. Psiche integra, ansiosa. Cute e mucose visibili pallide.

Decubito ortopnoico o sul fianco destro. Torace asimmetrico, con emitorace destro più ampio del sinistro e meno mobile durante gli atti respiratori. Alla percussione e all'ascoltazione i segni di un rilevante versamento pleurico destro: F. V. T. abolito dalla spina della scapola in basso, a destra, ottusità, e respiro bronchiale lontano, a carattere dolce.

Triangolo paravertebrale di Grocco a sinistra.

All'ascoltazione del cuore: primo tono alla punta assai vibrato, scoccante, preceduto da breve soffio aspro presistolico, che ha talora un equivalente palpatorio in breve fremito presistolico.

Accentuazione del secondo tono polmonare.

Addome notevolmente tumido, espanso, globoso, con cicatrice ombelicale appianata, senza evidente circolo venoso collaterale, con netti segni di versamento libero (ottusità nelle parti declivi, fiotto).

Data la presenza dell'ascite e la dolenzia addominale diffusa, riesce malagevole l'esame del fegato e della milza. Colla palpazione a scosse si avverte talora, nell'ipocondrio destro, una massa dura, alquanto irregolare. La milza non è palpabile.

La diuresi era assai scarsa, di circa 300 cc. giornalmente. Urine di aspetto torbido, di colore giallo arancione, di reazione acida, con densità 1024.

Albumina e glucosio: assenti. Urobilina: presente.

L'esame gastrico, praticato col metodo del sondaggio frazionato, con sondino di Einhorn, e dopo iniezione di istamina (1 cc. di soluzione all'1 per mille) diede:

a digiuno: stomaco vuoto;

a 15', a 30', a 45' dopo iniezione di istamina, anacloridria persistente con AT massima di 10°, 15° Töpfer.

All'esplorazione vaginale si rilevò: utero abbassato, con cistocele e rettocele. Data l'ascite e la dolenzia diffusa, la palpazione bimanuale non permette di rilevare le condizioni degli annessi.

Colla paracentesi addominale, praticata per mezzo di un trequarti, nel quadrante inferiore di sinistra, si estraggono circa cinque litri di liquido torbido, di colore giallo rossastro, con densità 1021, Rivalta positivo. Nel sedimento, così a fresco, come in strisci colorati col metodo di May-Grunwald-Giemsa, si notano: globuli rossi, linfociti, rari polinucleati e numerose cellule grosse, abnormi, mostruose, con nuclei semplici o multipli, con vacuoli e granulosità endocellulari.

Dopo solo due settimane di degenza ospedaliera l'ammalata venne a morte per l'aggravarsi dei fenomeni di cachessia e di debolezza cardiaca.

Il risultato dell'autopsia fu il seguente:

In corrispondenza della parete addominale, nel quadrante inferiore sinistro, laddove dieci giorni prima della morte era stata praticata la paracentesi col trequarti, si nota un'infiltrazione dura dei piani sottostanti alla cute.

All'apertura del cavo addominale fuoriescono circa sei litri di liquido torbido, manifestamente emorragico, coi caratteri di essudato.

Sul peritoneo parietale e sul viscerale si notano numerose chiazze, consistenti, ceree, bianco giallastre, di netto aspetto tumorale.

All'apertura del cavo pleurico destro fuoriescono circa tre litri di liquido torbido, con i caratteri di essudato emorragico.

Il polmone destro è atelettasico e congesto.

Sulla pleura parietale di destra (costale e diaframmatica), numerosi noduli tumorali, simili a quelli riscontrati sul peritoneo.

Reperto simile, ma assai più modico, riguardo all'entità del versamento, e al numero di noduli tumorali, a carico della pleura sinistra.

Cuore piccolo: attraverso l'orifizio mitralico non passa che un dito; i lembi valvolari della mitrale sono alquanto ispessiti, coartati e aderenti.

Il fegato presenta in corrispondenza del periepate, e anche al taglio, nello spessore del suo parenchima, noduli tumorali, consistenti, bianco-giallastri.

Stomaco indenne.

La disseminazione di noduli tumorali sulle sierose è particolarmente abbondante in corrispondenza del peritoneo pelvico a sinistra, e in corrispondenza del peritoneo subfrenico e della pleura sovradiaframmatica destra.

L'ovaia sinistra è trasformata in una massa della grossezza di un pugno, di consistenza un po' diversa da punto a punto, ora molliccia, cerebroide, ora più dura e densa.

Al taglio, non si apprezzano macroscopicamente cavità cistiche; il colorito è bianco-giallastro, con alcune aree con più abbondante irrorazione sanguigna ed aspetto quasi emorragico.

Al taglio della parete addominale, in corrispondenza della già notata zona infiltrata e dura, nel quadrante inferiore sinistro, si nota un tessuto di netto aspetto tumorale, omogeneo, biancastro, che occupa il tessuto sottocutaneo e infiltra gli strati muscolari della parete.

Questa massa si estende in ampiezza per circa otto-nove centimetri; in spessore per circa un centimetro; nel senso dello spessore non giunge in profondità sino alla sierosa peritoneale, ma è da questa separata da strati muscolari e connettivali che sono indenni da alterazioni.

Pezzi di questa massa tumorale, così come pezzi dell'ovaia sinistra, e dei noduli peritoneali e diaframmatici, vengono prelevati, e previa fissazione in liquido di Zenker e inclusione in paraffina, se ne allestiscono preparati microscopici.

All'esame istopatologico dei preparati di ovaia, si nota il tipico aspetto microscopico di un adeno-carcinoma papillifero con numerose formazioni tubulari, tortuose, intrecciate, rivestite di epitelio monostratificato cilindrico, che però tende in più punti a disporsi su più strati, e forma proliferazioni epiteliali, che talora sporgono a guisa di papille nel lume dei tubuli, e talora invadono, a guisa di propaggini epiteliali solide, il tenue stroma connettivale sottostante.

Identica struttura si ripete nei noduli tumorali peritoneali e pleurodiaframmatici, e nella massa sviluppatasi nella parete addominale, lungo il tramite del trequarti della paracentesi.

Nel caso da me osservato e riferito trattasi quindi di un adenocarcinoma papillifero dell'ovaia sinistra, con peritonite e pleurite destra carcinomatose, con disseminazione di noduli metastatici sul peritoneo, sulle pleure, nel fegato, e con una grossa metastasi del tumore, sviluppatasi rapidamente nella parete addominale, lungo il tragitto di una paracentesi evacuativa dell'ascite, praticata dieci giorni prima dell'exitus letale.

Notevole appunto è la rapidità dello sviluppo e accrescimento di questo trapianto del tumore, perchè già quattro, cinque giorni dopo la paracentesi, io m'accorsi, rimovendo la medicazione protettiva di garza e cerotto, dell'infiltrazione dura che presentava la parete addominale, intorno al punto della paracentesi, e ne sospettai la natura di metastasi tumorale, che doveva poi avere piena conferma all'autopsia e all'esame istopatologico.

Se analizziamo un po' da vicino il tipo delle metastasi tumorali che furono osservate all'autopsia nel mio caso, vediamo che in esso sono rappresentate quasi tutte le modalità di metastasi contemplate dallo studio patologico generale dei tumori maligni.

Considerando come metastasi, ogni riproduzione del tumore in uno o più punti del corpo, più o meno lontani dalla sede primitiva, per disseminazione nell'organismo di cellule neoplastiche, troviamo che nel nostro caso, i noduli tumorali sulla sierosa peritoneale rappresentano esempi di metastasi da impianto spontaneo o disseminazione (impianto e disseminazione sulla sierosa che, è bene avvertire, non è esclusivo dei tumori con netti reperti istologici di malignità, ma si verificano anche in altri tumori ovarici, ad es. nel cistoadenoma papillifero).

Rappresentano esempi di metastasi per via circolatoria, ematica e linfatica, i noduli trovati nel parenchima epatico, nel diaframma, nelle pleure.

Rappresenta infine un tipico esempio di cosidetta metastasi da innesto operatorio o trapianto, la massa tumorale sviluppatasi in corrispondenza del tramite del trequarti della paracentesi.

La patogenesi di queste metastasi è unica ed è spiegata dal fatto che cellule neoplastiche dotate di sufficienti attitudini alla vita autonoma si distaccano dal tumore primitivo e, o per impianto spontaneo sulla sierosa, o per via ematica o linfatica, o per innesto operatorio, costituiscono altrove un centro autonomo di sviluppo e di produzione di una metastasi.

Nella letteratura io ho trovato già riferiti casi simili al mio, di innesto operatorio di tumori, in seguito ed in corrispondenza di una paracentesi: ricordo i casi di Gerhardt, di Reincke, di Quincke, di Lewin-Litten, Quarelli, ecc.

Con Quincke, Milner, possiamo domandarci se l'innesto del tumore sia realmente avvenuto proprio nel momento dell'estrazione del trequarti, o se l'innesto si sia avverato pel fatto che, dopo la paracentesi, per qualche tempo, liquido ascitico ha continuato a fluire dal peritoneo lungo il tramite di puntura, e ha permesso la diffusione e l'innesto nello spessore della parete addominale degli elementi neoplastici in esso contenuti.

Posso dire che questo meccanismo deve essere stato quello che si è avverato nel mio

caso, in cui, data la precedente distensione della parete addominale, e la conseguente flaccidità e atonia della muscolatura, io ho notato che stillicidio di liquido ascitico dal tramite di puntura ha continuato per alcune ore dopo la paracentesi.

Durante le indagini bibliografiche, io ho rilevato un altro interessante dato: che la grande maggioranza dei casi consegnati nella letteratura di trapianti di tumori, in seguito a paracentesi, o di riproduzioni metastatiche postoperatorie, sulle cicatrici laparatomiche (che vengono anch'esse considerate come dipendenti da innesti operatori) riguardano casi di tumori ovarici.

Rimando per questo e per le importanti deduzioni d'ordine pratico e chirurgico, alla monografia di Dalla Vedova, ed al lavoro di Villata.

Quanto io ho osservato nel caso che ho riferito costituisce una conferma dei seguenti fatti: la straordinaria frequenza di metastasi da impianto e disseminazione sulle sierose nei tumori ovarici, la frequente possibilità di innesti o trapianti operatori di questi tumori (dopo paracentesi, lungo il tramite del trequarti, e dopo interventi operatori demolitori, sulla cicatrice laparatomica).

Questa possibilità, avveratasi nel mio caso, era documentata dal reperto citologico dell'essudato peritoneale in cui rilevavasi abbondanza di elementi neoplastici mostruosi.

Notevole, infine, fu la rapidità dell'accrescimento del trapianto di tumore, riferibile da un lato alla malignità del tumore, e d'altro lato alle scarse difese e resistenze generali e locali, presentate dall'organismo cachettico dell'ammalata.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di trapianto di tumore ovarico maligno, sviluppatosi rapidamente nella parete addominale, lungo il tramite del trequarti di una paracentesi e svolge brevi considerazioni patogenetiche e richiami bibliografici, riconfermando la frequenza di innesti spontanei e di trapianti operatori dei tumori ovarici.

LETTERATURA.

LUNGHETTI. *Tumori in generale*. Trattato Anatomia Patologica di P. FOÀ. Parte generale, capitolo X, U. T. E. T.

PARODI. *Apparato genitale femminile*. Ibid. Parte speciale, cap. XIII.

GERHARDT. Rip. in Nothnagel's Handbuch, vol. XIII, parte II, pag. 29.

REINCKE. Virchow's Archiv, v. XLI, pag. 391.

QUINCKE. Deutsch. Arch. f. Klin. Med., vol. XVI, pag. 137.

LEWIN-LITTEN. Zeits. f. Krebsforsch, vol. IV, pagina 55.

QUARELLI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, vol. XXXVIII, pag. 257, 1917.

DALLA VEDOVA. Annali del R. Ist. Clin. Chirurg., Roma, vol. II, 1909.

VILLATA. Policlinico, Sez. chir., 1923, pag. 306.

OSPEDALE CIVILE DI ANAGNI
diretto dal dott. VITTORIO ROSSONI.

Su di un caso di tumore misto soprarenale in un bambino

per il dott. RICCARDO ROSSONI.

I tumori maligni semplici del rene e del surrene — semplici nel senso che il tessuto neoplastico risulta di un solo elemento morfologico fondamentale che ne determina la fisionomia istologica — sono piuttosto frequenti nel bambino, essendo una delle localizzazioni preferite.

Molto più rari sono invece nel bambino i tumori misti — a complessa costituzione — interessanti il rene o il surrene, esclusivamente d'origine embrionale, costituiti da tessuti derivanti ad un tempo dai tre foglietti blastodermici.

Mentre il Barbacci li chiama tumori misti regionali, nome generalmente accettato, il Roncali cerca di differenziare le neoplasie miste dalle complesse, in quanto le neoplasie miste, pur formate da elementi appartenenti a tessuti di varia specie, avrebbero un'unica provenienza embrionale (ecto o meso o endodermoni), mentre l'appartenenza degli elementi neoplastici contemporaneamente a due o a tutti e tre i foglietti embrionari costituirebbe la caratteristica precipua delle neoplasie complesse. A seconda della costituzione istologica del blastoma sono sorte numerose classificazioni varianti da trattato a trattato: il Biondi ne riporta una delle più accurate e complete. Alcuni tessuti solo molto raramente sono rappresentati nella composizione di tali tumori; in special modo il tessuto neuro-epiteliale, il tessuto cartilagineo e l'osseo (Biondi).

Mentre da tutti è accettata l'origine congenita dei tumori misti, non si è ancora stabilito in qual momento il blastoma si va ad intovare nel rene o nel surrene nei vari momenti evolutivi dello sviluppo embrionario. Nella ricerca di una spiegazione convincente sono sorte numerose dotte teorie, tra cui meritano particolare menzione quella enunciata prima dal Du-

rante e conosciuta poi come teoria del Cohnheim, ammettente la dislocazione embrionaria di germi differenziati; quella di Birch-Hirschfeld ammetttente la derivazione dei tumori misti da germi ectopici del corpo di Wolff; quella di Muns che li fa derivare dall'abbozzo renale primitivo; quella di Wilms che ne fa risultare l'origine ad uno stadio ancora più precoce dello sviluppo dell'embrione ammettendo la trasposizione di un tessuto germinativo indifferenziato; quella di Marchand, sostenuta dal Roncali, riguardante l'inclusione dei blastomeri ecc.

L'origine congenita di tali tumori misti è talvolta dimostrabile direttamente, perchè visibilmente sviluppati alla nascita e di volume tale da poter provocare distocie. Il più delle volte lo sviluppo si compie tra il 1° e il 2° anno di vita, sviluppo che poi prosegue rapidamente fino a raggiungere proporzioni considerevoli sì da produrre gravi turbe meccaniche. Sono rarissime le descrizioni di tumori misti sviluppatisi tra il 7° e 9° anno; eccezionale il caso di Israel a 14 anni.

I sintomi fondamentali, costituiti dall'aumento di volume della regione colpita, dal dolore e dalle turbe meccaniche, possono talora passare inosservati fino al sopraggiungere della cachessia. Quale sintoma iniziale è frequente il riscontro dell'aumento di volume (Chevalier 60 volte su 100 casi; Imbert 59 volte su 98 casi). Mentre nell'adulto il tumore rimane a lungo nella regione lombare, nel bambino esso tende a sporgere rapidamente e a invadere tutto l'addome; sono stati descritti casi di tumori misti del peso di kg. 4 in un bambino che ne pesava kg. 11 (Chipault) e un caso del peso di kg. 8,500 (Israel). Piuttosto rara invece come reperto è l'ematuria (propria dei tumori renali) — frequentissima invece negli ipernefromi — che avviene per lo più in forma di crisi ematuriche della durata di qualche ora e talora di giorni — non modificate dal riposo nè dai movimenti, uniformemente rosse dal principio alla fine — alternate con periodi di urine chiare; talora le crisi possono essere vicine e causare la morte (caso di Scibbert).

Il dolore è meno frequente e poco rilevabile; la sua rarità è certamente in rapporto con l'età del bambino che non sa indicarlo con precisione e che per lo più ad esso reagisce con modificazioni del carattere (tristezza, inappetenza ecc.). Alcune volte il dolore non è spontaneo, ma viene provocato vivamente dalla palpazione sulla regione lombare o sull'addome.

I disturbi da compressione possono essere a carico di tutti gli organi circostanti; visceri splancnici (disturbi della canalizzazione intestinale, occlusione cronica intestinale, ittero da stasi ecc.), vasi (sviluppo della circolazione complementare della parete addominale, edema degli arti inferiori per lo più unilaterale, varicocele, ascite ecc.), nervi (turbe nevralgiche dei rami dei n. intercostali; del plesso lombosacrale ecc.), colonna vertebrale (deviazione, distruzione dei corpi vertebrali con consecutiva compressione midollare ecc.) Il Martin riporta perfino un caso di compressione del rene dell'altro lato con idronefrosi in un bambino di 5 mesi, di modo che solo il rene del lato affetto era in grado di funzionare essendo ancora pervie le sue vie.

Con una certa frequenza — specie nelle forme con punto di partenza dalle capsule — si è osservata iperpigmentazione della cute e sindrome addisoniana; qualche volta pure sviluppo anormale del sistema pilifero (Kuhn).

È stata data una certa importanza ai movimenti febbrili piuttosto frequenti, con temperatura a tipo continuo con leggere esacerbazioni vespertine, di rado oltrepassanti i 39° (Durante, Kopal, Lazarus). Qualche volta è stata notata tosse riflessa e dispnea (Eberth). Più tardi compaiono il dimagrimento e la cachessia.

La diagnosi — oltre alla sintomatologia descritta — si basa sui reperti della palpazione, della percussione e dell'esame radiografico. È per lo più una diagnosi generica di tumore della loggia renale, perchè il più delle volte solo l'esame istologico può con chiarezza stabilire la diagnosi di tumore misto.

D'ordinario la prognosi è letale per la malignità del tumore, per le facili recidive e metastasi: solo un atto operativo condotto molto precocemente può dare una guarigione definitiva.

***

Essendo caduto sotto la nostra osservazione un caso di tumore misto delle capsule surrenali, riteniamo interessante la sua descrizione.

T. Cataldo, di anni 3, da Gavignano, ricoverato il 22 giugno 1929 nell'Ospedale di Anagni. Nel gentilizio nessuna tara nel senso neoplastico. Padre di 44 anni, contadino, sano. Madre di 38 anni, sana: ha avuto una sola gravidanza. Il p. è nato a termine da parto eutocico; allattamento materno, sviluppo scheletrico, dentizione, deambulazione normali.

Circa al 3° mese i genitori notarono la presenza di una tumefazione piuttosto dura al di sotto dell'arcata costale di S., indolente: poichè il p. non presentava disturbi, non le attribuirono

alcuna importanza. Tale tumefazione — a loro parere — regredì e scomparve dopo circa una quindicina di giorni.

A 5 mesi il p. fu colpito da febbre a tipo fortemente remittente, con delle puntate serali a oltre 39°, insorgente talvolta con brividi: un sanitario riscontrò una tumefazione dura, liscia, nel quadrante sup. addominale di sinistra e interpretandola come tumore di milza, diagnosticò una febbre malarica. Venne iniziata una terapia chininica; dopo qualche giorno la febbre rimise e il bambino tornò in uno stato di relativo benessere durato circa un anno. Tali elevazioni febbrili si ripetettero e anche allora vennero curate con terapia chininica.

Nei primi mesi del c. a. i genitori notarono che la deambulazione del bambino non era più normale: i movimenti dell'arto inf. di S. venivano compiuti stentatamente, specie quando il bambino cercava di scendere o salire le scale.

Questo disturbo si è sempre più accentuato e, ricomparsa di nuovo la febbre, il bambino viene condotto all'Ospedale.

E. O. Condizioni generali scadute, sensorio integro, costituzione scheletrica normale, stato di nutrizione deficiente, colorito pallido intenso della cute e delle mucose visibili, pannicolo adiposo scarso. Micropoliadenia cervico-inguinale. Non edemi. Nulla a carico dell'apparato circolatorio, respiratorio e del sistema nervoso. L'addome si presenta leggermente aumentato di volume e svasato nel quadrante sup. di S., con lieve sollevamento dell'arcata costale corrispondente: sulla cute a S. è apprezzabile un discreto reticolo venoso. La palpazione del quadrante sup. di S. mette in evidenza una massa ovoidale, a convessità inferiore, disposta al centro di detto quadrante, coll'asse maggiore nel senso verticale, col diametro massimo di circa 10 cm., di consistenza fibrosa, a superficie irregolare e bernoccoluta, a margini poco netti, indolente, raggiungente in basso la linea ombellicale trasversa: tale massa appare fissa, nè segue gli atti respiratori. Posteriormente essa invade la fossa lombare di S., che appare un po' sporgente e offre maggior resistenza che a D. Con la palpazione bimanuale combinata non si riesce a mettere in evidenza il segno di Guyon (ballottamento renale). Ponendo il p. in decubito laterale D. si avverte un minimo spostamento mediano della massa suddetta. Non si avvertono fremiti. La percussione lieve eseguita al di sopra di detta tumefazione dà suono timpanico, la percussione profonda dà ottusità.

Fegato e milza nei confini fisiologici: non si riesce a palpare il rene D.

La manovra del Lasègue a destra è possibile e non risveglia dolore; a S. è difficoltata per l'insorgenza di dolore.

Esame del sangue: Emoglobina 70; Glob. rossi 3.200.000; Gl. bianchi 6500; Val. glob. 0,90.

Formula leucocitaria: Polimorfonucleati neutr. 60; basof. 1; eosin. 1; mon. 4; linfociti 34.

Esame urine. — Colorito giallo intenso, aspetto limpido, reaz. acida, P. spec. 1026; albumina, glucosio assenti, nulla di patologico nel sedimento. Ricerca del B. di Koch con il metodo dell'arricchimento: negativa.

Sangue assente nelle feci.

Cutireazione alla tubercolina: leggermente positiva.

R. Wassermann e R. Ghedini-Weimberg: negative (Levi dalla Vida).

L'insufflazione rettale di aria determina un rigonfiamento del colon, il cui angolo sinistro si trova del tutto al dinanzi della tumefazione descritta, che è perciò completamente retrocolica.

Nel periodo che il paziente ha trascorso nell'Ospedale prima dell'atto operativo in attesa dei risultati degli esami speciali — circa 4 giorni — il p. ha sempre presentato febbre remittente con massimo serale di 39°, alvo e diuresi normale, appetito scarso, non tosse, non vomito, non irrequietezza.

Fatta la diagnosi di tumore maligno della regione soprarenale di S. si decise di praticare un intervento chirurgico. La diagnosi fu fatta sia per esclusione, sia sui dati del decorso clinico e dell'esame obbiettivo. Per esclusione si potevano agevolmente mettere fuori causa i tumori della parete addominale, sia perchè superficiali, sia perchè mobilizzantisi con la contrazione muscolare; i tumori dell'intestino, del mesenterio e dell'epiploon, di solito occupanti la regione centro-addominale, non propagantisi di preferenza verso la loggia lombare, per lo più ampiamente spostabili; i tumori delle ghiandole retroperitoneali disposti in senso trasversale nella medietà dell'addome, di forma e superficie irregolarissima, a masse bernoccolute, di durezza lignea, spesso discendenti verso il piccolo bacino; i tumori della milza mobilizzati dagli atti respiratori; le cisti da echinococco per la mancanza di eosinofilia, per il risultato della Ghedini-Weimberg, per l'assenza nell'anamnesi di orticaria, prurito, ecc.

Non rimaneva che chiamare in causa il rene, sopratutto per la posizione del tumore che anteriormente era retrocolico e posteriormente invadeva la loggia lombare. Si scartò l'ipotesi di una litiasi renale, di una pielonefrite, di una forma tbc., di un rene policistico congenito per i caratteri della superficie del tumore, per la sua consistenza, volume, durata e per la completa negatività dell'esame delle urine.

Negatività completa, per cui si pensò più alla capsula surrenale che al rene, perchè un tumore del parenchima renale di quelle proporzioni non avrebbe mancato di produrre alterazioni nella secrezione urinaria (albumina, ematuria, iscuria, ecc.).

Questo per la sede; mentre la febbre, le condizioni generali scadenti e man mano peggioranti, l'evoluzione della tumefazione, l'incipiente cachessia facevano porre la diagnosi di tumore maligno della capsula stessa.

26 giugno: Atto operatorio (Dott. Vittorio Rossoni).

Eteronarcosi. Taglio obliquo che parte posteriormente dalle ultime coste e giunge alla spina iliaca anteriore-superiore.

Estrinsecato il rene, questo si presenta di grandezza normale, con lasse aderenze con una tumefazione che gli sta al davanti e al di sopra, incastrata sul suo polo superiore.

Il tumore viene facilmente liberato dalle aderenze con il rene e con i tessuti circostanti, e viene portato via.

Emostasi, pulizia, drenaggio di garza, ricostruzione della parete.

Guarigione per 2ª intenzione; la febbre non ricompare dopo l'intervento e le condizioni gene-

rali migliorano. La deambulazione ritorna normale.

Dopo 20 giorni il bambino è dimesso dall'Ospedale.

Esame anatomo-patologico (Prof. Dionisi). — Il tumore del peso di gr. 300 à forma ovoidale e grandezza di una grossa mela, lobata grossolanamente specie verso uno dei poli, e al taglio consta di una sostanza calcificata. In una zona, estesa per circa 1 cm. nel senso dello spessore e per circa 4 cm. nel senso della lunghezza si notano crosticine calcaree. Nelle altre zone il tumore assume un aspetto lobulato in cui si alternano noduli della grandezza di una lenticchia circondati come da una capsula e noduli ancora più grandi della grandezza di una noce avellana che risultano dalla fusione dei noduli stessi. A tali noduli forma una specie di capsula grigia il tessuto uniforme in parte calcificato della massa del tumore. Attorno ai noduli si osservano spesso emorragie.

Esame istologico (Prof. Dionisi). — Il tumore consta di uno stroma connettivale e di grasso. In alcuni tratti il campo microscopico è occupato da placche calcaree di forma variabile, essendo ora rotondeggianti ora oblunghe, e di dimensioni anche molto diverse (fig. N. 1). Il parenchima del tumore sembra costituito nei tratti ove non è necrotico di elementi rotondeggianti variabili di volume inclusi in una rete di fibrille, come il sarcoma alveolare.

L'esame istologico limitato ad un nodulo solo dimostra che il nodulo consta di una capsula fibro-connettivale ricca di vasi, con sostanza fondamentale più o meno abbondante, e in profondità, verso la parte calcificata, di accumuli calcarei disposti in un tessuto reticolato nelle cui maglie sparse qua e là si trovano elementi cellulari ricchi di protoplasma con nucleo rotondo od ovoidale e con le caratteristiche degli elementi che compongono il tumore. Tale tessuto si confonde con un connettivo denso fibroso più profondo ancora dal quale si dipartono setti di vario spessore, che s'insinuano in un tessuto blastomatoso ricchissimo di capillari sanguigni, decorrenti tra gli elementi del blastoma.

Questi sono disposti a fasci di varia grandezza e costituiti da elementi polimorfi che vanno dai linfociti ad elementi poligonali giganteschi o fusati, a nucleo picnotico o con netta distinzione della cromatina nucleare. Il fine reticolo che separa tali elementi è composto di fibre esilissime variamente intrecciate e nelle cui maglie si trovano gli elementi descritti; tra questi non sono molto frequenti le figure di cariocinesi, mentre numerosissime sono le cellule giganti e le cellule a nucleo picnotico (vedi fig. 2 a piccolo ingrandimento, e fig. 3 a forte ingrandimento). Il nodulo perciò corrisponde a una formazione sarcomatosa con struttura alveolare, e il caratteristico reticolo fibrillare, il pacchetto dei capillari sanguigni e il polimorfismo degli elementi costituiscono le caratteristiche della neoformazione.

In altro tratto del tumore si osservano cumuli di cellule nervose o cellule nervose isolate con fibre riunite in maniera da costituire nervi. I nervi sono numerosissimi, tanto che si ha l'impressione di essere caduti su tessuto nervoso del simpatico con cellule e fibre nervose in così gran numero da costituire grossi fasci di questi.

In questa sezione la parte preponderante è rappresentata da tale reperto (vedi fig. N. 4) in modo che si può essere completamente sicuri della partecipazione di tessuto nervoso alla formazione del tumore.

In altri tratti in un tessuto reticolare sono disposti con varia aggregazione e separati da fasci di connettivo elementi dall'apparenza linfoide, poco differenziati, che ricordano il tessuto linfatico (vedi fig. N. 5).

In alcuni tratti si notano elementi del reticolo grossi, ramificati come nel timo, ma non si rinvengono mai corpuscoli di Hassal.

Tumore misto perciò composto di tessuto d'origine mesenchimale e d'origine ectodermale costituisce la neoformazione: si tratta evidentemente

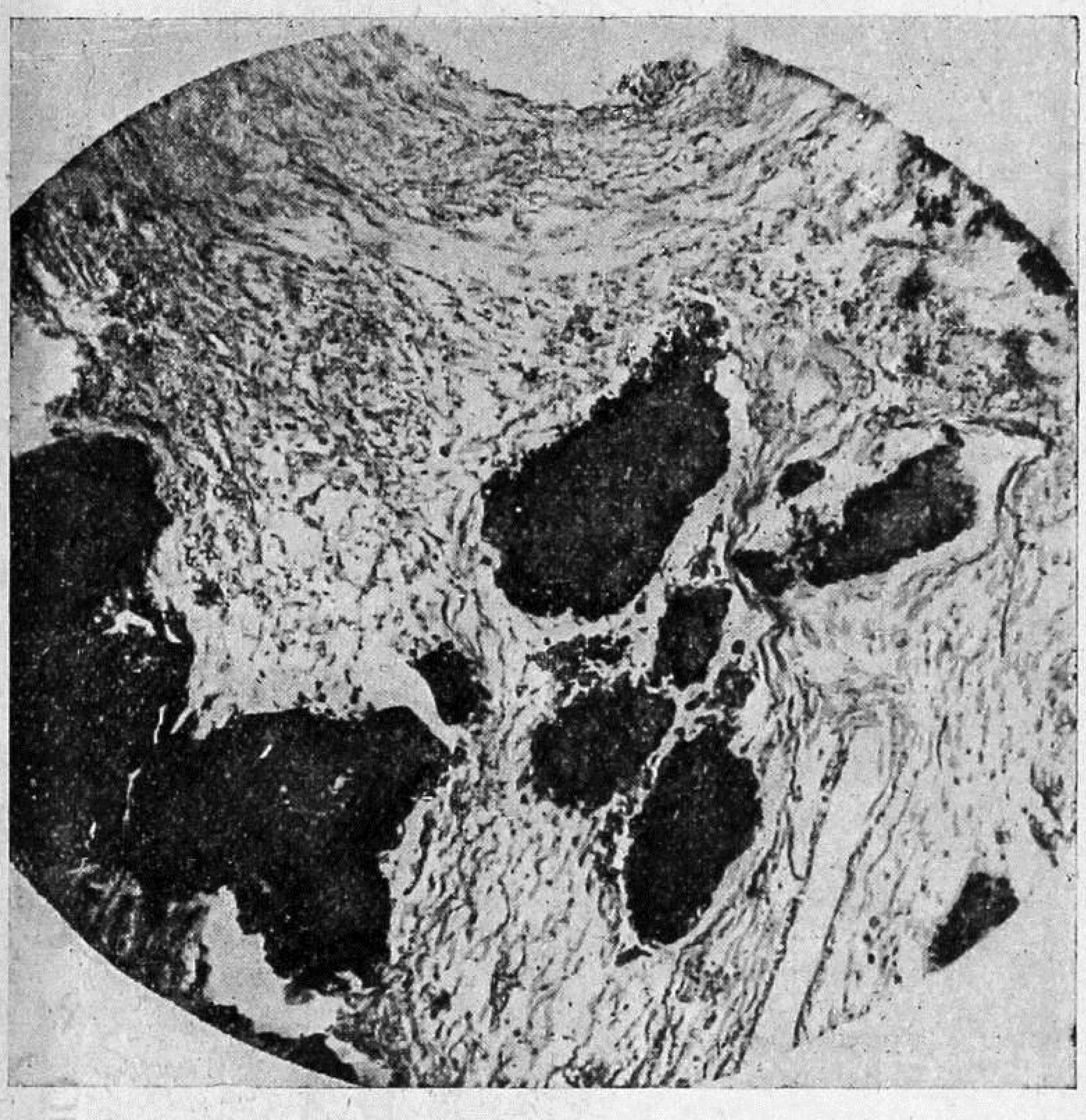


FIG. 1. — Placche calcaree nello stroma connettivale.

di un tumore teratomatoso della regione soprarenale. La struttura alveolare, la disposizione degli elementi del tumore in alveoli sottili o in rapporto con i vasi in maniera da assumere un aspetto periteliomatoso conducono a ipotesi riservata, potendo tali elementi assumere uno sviluppo di infiltrazione e diffondersi metastaticamente, tanto più che non sono rare delle formazioni picnotiche dei nuclei e accenni a moltiplicazione.

Fenomeni degenerativi e necrotici con neoformazioni costituiscono i caratteri del tumore che consta di elementi derivanti e dal mesoderma e dall'ectoderma.

Da notizie frammentarie avute poi dal medico locale risulta che il bambino verso la metà del novembre u. s. fino allora le condizioni si erano mantenute buone; cominciò a peggiorare rapidamente, presentando pallore diffuso, nutrizione sempre più scadente, addome voluminoso, ac-

centuata epatomegalia, febbre di tipo intermittente, finchè venne a morte verso la fine del dicembre, sei mesi dopo l'atto operativo, probabilmente per metastasi epatica.

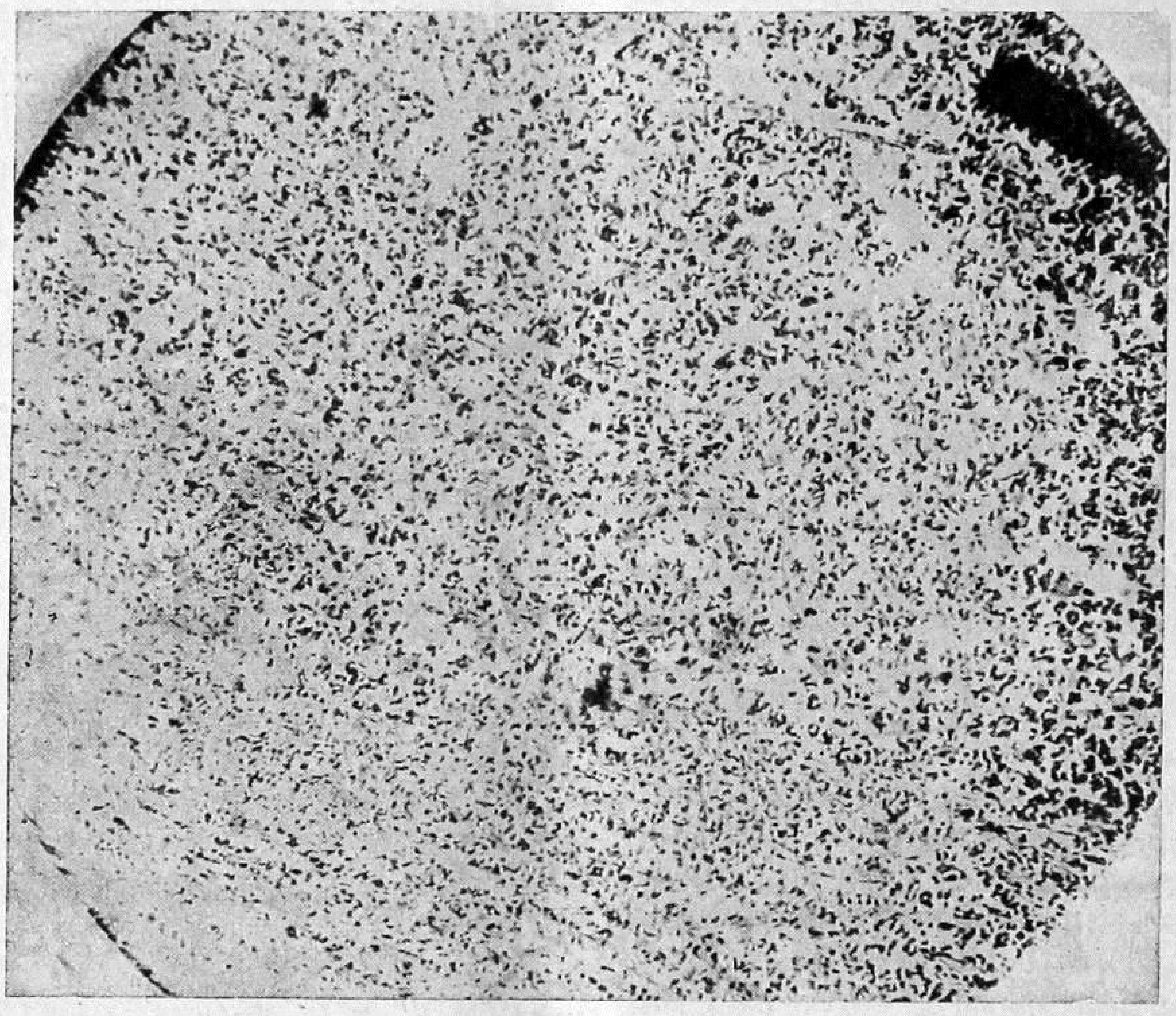


FIG. 2. — Accumulo di elementi polimorfi con frequenti figure di cariocinesi (a piccolo ingrandimento).

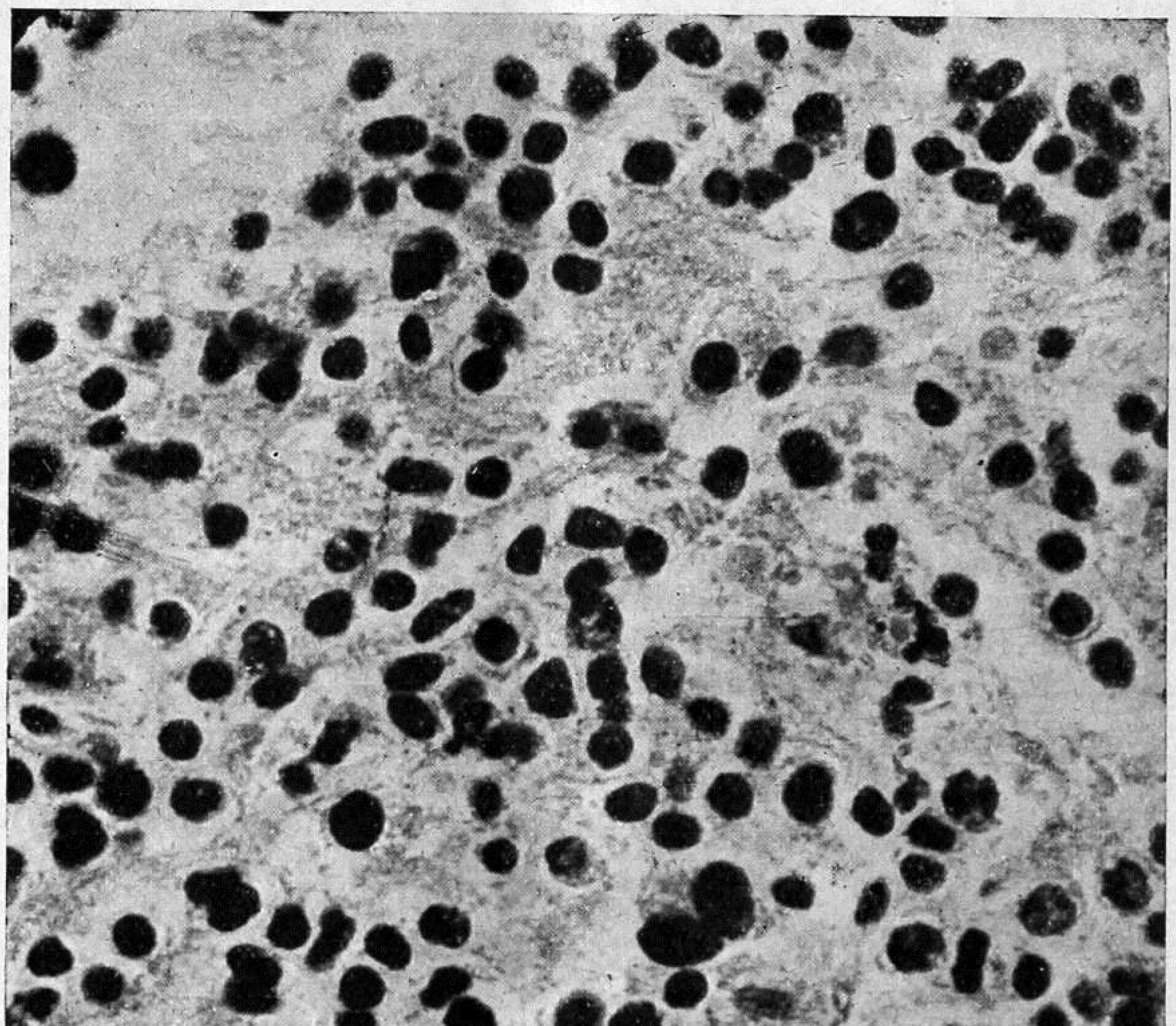


FIG. 3. — Cellule blastomatose a forte ingrandimento.

Dal punto di vista clinico è interessante il fatto che per un lungo periodo il sintoma principale del blastoma è stata una febbre a carattere fortemente remittente, che si può dire abbia segnato tutto lo sviluppo del tumore, in successive remissioni e riprese; scomparsa dopo l'atto operativo, la febbre è ricomparsa con le metastasi.

Dei disturbi meccanici, descritti frequenti e

svariati, abbiamo notato nel nostro caso, oltre ad un lieve disturbo circolatorio caratterizzato dalla marezzatura venosa addominale, solo una della coscia sul bacino: la lieve entità dei disturbi meccanici è di certo in rapporto con la relativa tempestività dell'atto operativo.

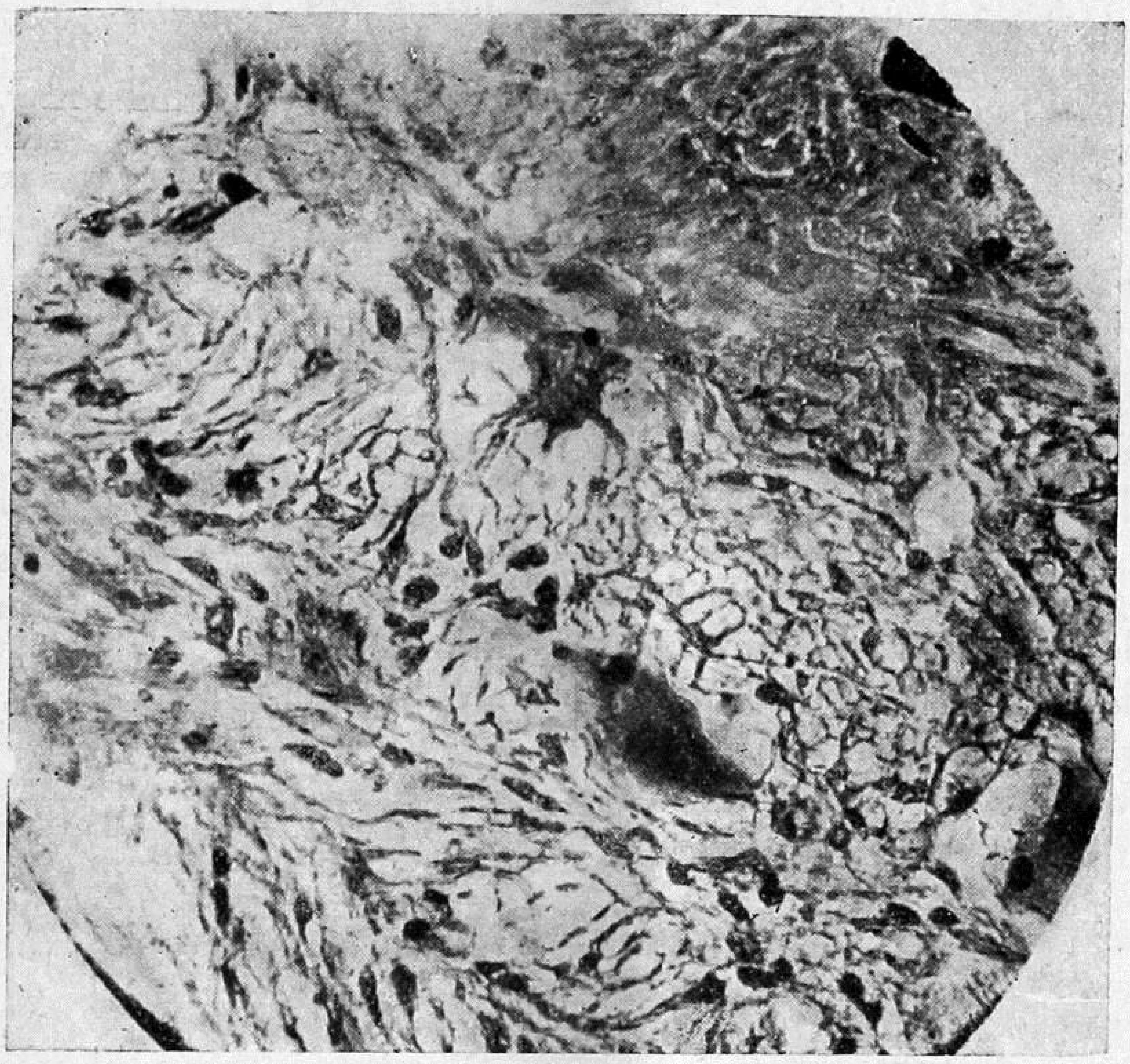


FIG. 4. — Grosse cellule nervose e fibre nervose tra gli elementi del blastoma.

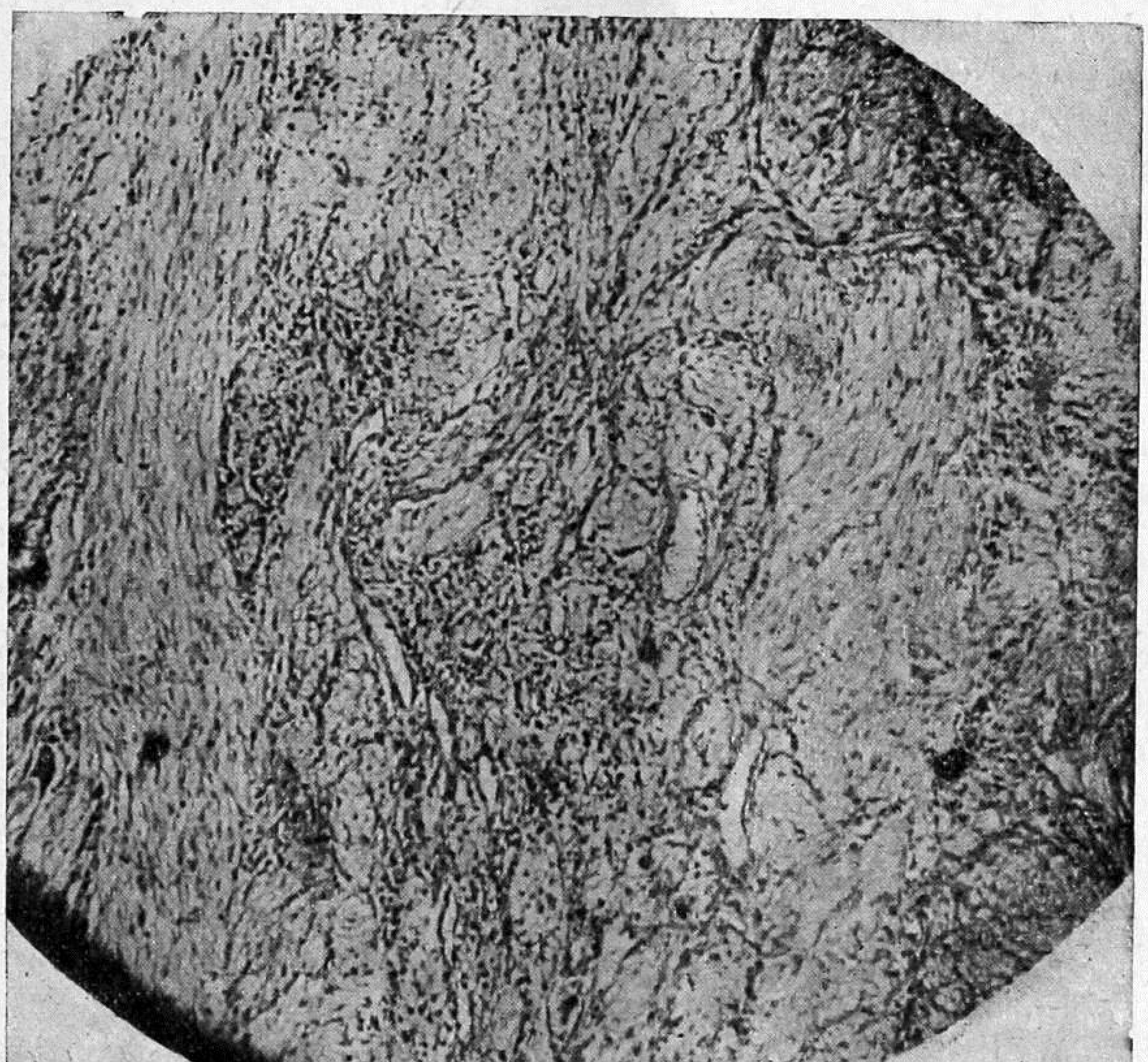


FIG. 5. — Tessuto linfoide.

modica difficoltà nella deambulazione, in specie nel salire e nello scendere le scale, per l'impossibilità di una pronunciata adduzione

Da notarsi pure la buona funzionalità renale, quantunque il rene fosse compresso e spinto in basso dal tumore, e la mancanza di

segni di insufficienza surrenale, insufficienza frequentemente notata anche in tumori unilaterali (Rossi, Slaviero, Kuhn).

Dal punto di vista istologico è interessante il reperto di abbondante tessuto nervoso nella costituzione del blastoma, reperto piuttosto raro nei tumori misti (Biondi).

L'origine degli elementi del tumore dai due foglietti blastodermici può far porre — secondo il Roncali — la diagnosi di neoplasia mista complessa.

Il decorso successivo ha confermato pienamente la prognosi dettata dall'esame istologico, basantesi sulla speciale struttura del sarcoma alveolare, sulla picnosi nucleare delle cellule sarcomatose e sul loro polimorfismo, sugli accenni a cariocinesi nucleare, sulla presenza dei numerosissimi vasi sanguigni di neoformazione. Probabilmente già all'epoca dell'atto operativo delle zone blastomatose metastatiche avevano iniziato il loro lento ciclo di sviluppo terminato 6 mesi dopo con la morte del paziente.

Nel formulare perciò la prognosi dei tumori misti dei bambini occorre eccessiva prudenza, anche quando — come nel nostro caso — si possa intervenire precocemente ed asportare il tumore in blocco: e, se un accurato esame istologico ha dimostrato la presenza di elementi immaturi, anche un lungo ottimo decorso post-operatorio non autorizza a migliorare la prognosi, poichè tali elementi o per recidiva locale o per metastasi non tarderanno a ricostruire il tumore.

***

Rendo vive grazie al chiarissimo prof. Dionisi che mi è stato largo di preziosi consigli nell'illustrazione dei preparati istologici.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di tumore misto soprarenale — costituito da tessuto sarcomatoso alveolare e da tessuto nervoso — in un bambino di 3 anni, tumore riprodottosi per metastasi vario tempo dopo l'atto operativo.

BIBLIOGRAFIA.

BAGICALUPO e VERGNOLLE. *A proposito de los tumores mixtos de riñon.* Archivos latino-americanos de Pediatria, Buenos Aires, 5-V-1927.
BARBACCI. *Tumori.* Vallardi, Milano, 1918.
ID. *Neoplasmi.* Ist. S. M., 1926.
BIONDI. *Tumori del rene nella prima infanzia.* Bonelli, Napoli, 1914.
CARDIA. *Contributo alla conoscenza dei tumori ipernefroidi.* Tumori, fasc. V, 1929.
CARISI. *Contributo alla casistica dei tumori renali,* Policlinico, Sez. chir., 1923.
COMBY. *Tumeurs du rein chez les enfants.* Archives de Médecine des enfants, 7-VII-1926.
DE PAOLI. *Contributo allo studio dei tumori primitivi delle capsule surrenali.* Nel 25° anno di F. DURANTE. Roma, 1928.
FOÀ. *Anatomia Patologica.* Torino, 1923.
JEMMA. *Osserv. su alcuni tumori renali nell'infanzia.* XXII Congresso It. di Pediatria, Napoli, ottobre 1927.
ISRAEL. Berl. Kl. Wochen., 1889.
KAUFFMANN. *Anatomia patologica.*
LEOTTA. *Osserv. anatomo-patologiche e cliniche sugli ipernefromi.* Atti della Soc. It. di Chirurgia, 1927.
LYMAN. *Embryonal sarcoma of the kidney in a nine months old baby girl.* Archives of Pediatries. New York, V, 1925.
MOGGI. *Sarcoma della regione renale con sindrome lombare.* Rivista di Clinica Pediatrica, XVIII, 1925.
PEPERE. *Istogenesi e classazione dei tumori.* Rassegna scient. dell'Ist. Bioch. It., 15-XI-1929.
REGOLI. *Contr alla conoscenza dei tumori renali nell'infanzia.* Pathologica, 1-IX-1925.
RONCALI. *Trattato dei neoplasmi maligni,* 1911.
RONDONI. *Eziologia dei tumori.* Rassegna Clin. scient. dell'Ist. Bioch. It., 15-XI-1929.
ROSSI F. *Intorno alla conoscenza dei tumori delle surrenali.* Clinica Chirurgica, 1925.
SABATINI L. *Contr. allo studio del mixo-sarcoma nel bambino.* Policlinico, Sez. medica, 1927.
SCHIPPERS. *Renal tumours in Children.* Acta Pediatrica, Uppsala, 15-IV-1925.
SLAVIERO. *Di una neoplasia renale a sintomatologia non comune.* Gazzetta delle Cliniche e degli Ospedali, V-1925.
VOLKER. Beiträge zur Klin. Chir., Bd. 46, 1905.

EPIDEMIOLOGIA.

La diffusione dell'"Entamoeba hystolitica,, in Sicilia.

Una recente disposizione del Consiglio Sanitario Provinciale di Palermo ha richiamata molto opportunamente la vigilanza degli ufficiali sanitari e l'attenzione dei medici sullo estendersi dell'infezione da *entamoeba hystolitica*, anche nella provincia di Palermo, come in tutta quasi la Sicilia, ricordando l'obbligo della denunzia.

Invero nella provincia di Palermo l'infezione non è più diffusa che altrove, cioè in tutte le altre regioni d'Italia; come a leggere i giornali di Medicina, può dirsi che in Italia sia molto meno estesa che in altri paesi e specialmente in Francia, dove vere epidemie sono state osservate e registrate con forme più o meno gravi.

Tuttavia è necessaria una difesa, che non può essere efficace se non attraverso l'azione collettiva dei medici nei vari centri, intesa a sorprendere e rilevare i mezzi di diffusione e i nuclei di infezione. Ma perchè ciò sia possibile, è bene che i medici siano edotti delle varie forme cliniche che l'affezione può rivestire, tanto più che la necessità di eseguire la ricerca dell'entamoeba, subito dopo emesse le feci, rende impossibile o almeno molto difficile in tali centri la conferma di laboratorio. E le forme cliniche appunto obbligano oramai a mutare quella concezione antica che si era formata quando si riteneva una infezione essenzialmente tropicale con sole manifestazioni dissenteriche, così che è giustificata la proposta di Ravaut di sostituire alla denominazione di dissenteria amebica quella di amebiasi, rispondente volta per volta ad un quadro sintomatologico vario e multiforme, dovuto a condizioni individuali, di clima e di ambiente.

Come è noto, data dal 1903 la tassativa differenziazione fatta da Schaudin dell'ameba patogena dalla non patogena, prima confuse o almeno non bene distinte nei loro caratteri morfologici ed evolutivi. Tuttavia certamente in Sicilia, come del resto nella maggior parte d'Europa, non era mai stata segnata la amebiasi che in rari casi autoctoni, pur essendo nella letteratura il caso di Quincke e Roos proveniente da Palermo e pur potendosi dare una documentazione indiretta della sua presenza attraverso i casi di ascesso del fegato non sostenuti da piogeni.

La guerra libica e poi la mondiale ne sono chiamate responsabili e senza dubbio per la Sicilia l'influenza specialmente della prima non può escludersi, sia per i movimenti delle truppe che per lo spostamento dei borghesi.

La Franca, Izar ed altri se ne sono occupati, come è merito della Clinica Medica di Roma di avere riassunta la fenomenologia delle forme atipiche e larvate e del Pontano di avere specificato la vera natura dell'epatite amebica e della colliquazione tissurale, già ritenuta un vero ascesso.

In Sicilia od almeno in alcune provincie, quali Palermo, Trapani, Caltanissetta, Agrigento le forme prevalenti sono: nei bambini la dissenteria; negli adulti la colite spastica con stitichezza ostinata, risentimento doloroso alla palpazione del colon, specie in corrispondenza delle flexure e del tratto del discendente fino al sigma (La Franca). In queste forme nelle feci è facile costatare l'entamoeba, in ispecie nelle sue forme cistiche. La manifestazione dissenterica può anche riscontrarsi come processo di acutizzazione della colite con lesione della sottomucosa e, nei casi più gravi, della tonaca muscolare, fino alla perforazione, fortunatamente molto rara. Considerata nella forma di colite spastica, la frequenza è maggiore di quel che non appaia anche perchè non sempre la ricerca nelle feci riesce positiva ed occorre ripetere l'esame con somministrazione di purganti (preferiti i salini) per avere la certezza della presenza dell'entamoeba.

Le coliti spastiche decorrono per lo più afebbrili, non è però raro riscontrarvi una lieve elevazione termica giornaliera, come è frequente che questi infermi accusino anoressia con senso di vuoto o di peso all'epigastrio e provino un malessere generale indefinito con astenia, poca volontà al lavoro, e talvolta uno stato di stordimento e di confusione mentale inesplicabili.

Questi casi costituiscono di certo i centri maggiori di propagazione, perchè usualmente si ritiene la stitichezza, specie in chi ne ha sofferto da tempo per conto suo, come un episodico aggravamento di un disturbo costituzionale. Ad essi vanno aggiunti i portatori di cisti amebiche segnalati nel dopo guerra in Italia, come in altri paesi dell'Europa e dell'America, con una diffusione mai sospettata.

Non è raro osservare in alcuni casi di colite amebica l'alternarsi di diarrea e stitichezza; in altri, dopo un periodo di stitichezza insorge la forma dissenterica con diarrea, muco e sangue, febbre più o meno elevata con o senza risentimento peritoneale.

La forma dissenterica può essere recidivante a lunga scadenza.

Fra le altre forme non frequenti, ma nemmeno rare come da qualcheduno si crede, vanno riscontrate la sindrome appendicolare, la sindrome pseudocolecistica, la sindrome a carico prevalentemente del retto (rettite) anche con forma stenosante del retto; la sindrome dispeptica, la sindrome duodenale.

Le metastasi possono essere multiple (Chauffard, Petzetakis, Izar); l'amebiemia è stata bene dimostrata e forme vegetative sono state riscontrate nei vari organi, oltre che nel fegato, quali il cervello, il polmone, la milza, il pericardio, il cuore, le articolazioni, l'apparato uropoietico, le linfoghiandole e finanche il sistema vasale periferico. A tal proposito è da ricordare un caso osservato in un bambino e studiato dalla dottoressa Prebil, in cui la chiusura di un vaso del piede aveva provocato la mummificazione della parte ed il suo distacco.

È molto importante per il medico conoscere le porte di entrata dell'entamoeba hystolitica. Certamente la più frequente è la via digerente, e la localizzazione nell'intestino attraverso le forme cistiche — che sono le resistenti — ne è la prova. Viene anche ammessa adesso la via polmonare, sia per contagio diretto nelle forme bronchiali o broncopolmonari, sia per aspirazione delle forme cistiche aderenti al pulviscolo atmosferico. Qualcuno ha anche pensato che questa sia la via più frequente e che l'ameba, penetrata nel circolo polmonare, poi trovi la sua sede naturale nell'intestino dove giungerebbe attraverso la circolazione; ma è da ammettersi come più rispondente che il pulviscolo venga depositato sugli alimenti e con questo le forme cistiche penetrino nel canale digerente. Infatti quando l'infezione avviene per via respiratoria si ha la localizzazione polmonare, come è stato osservato da Lambert nel Capo Verde delle Antille dove sono frequenti tali forme.

Per la contaminazione degli alimenti giocano una parte rilevante le mosche, che infette sono capaci, secondo Wenyon O' Connor di trasmettere, per mezzo degli escrementi, l'infezione per via cutanea attraverso microtraumi o ragadi ed anche per qualcheduno a cute integra. Secondo Petzetakis le tonsille sarebbero una via d'entrata d'eccezione.

La conoscenza delle vie d'entrata e delle vie di contagio dimostrano quanto importanti siano le norme igieniche di ordine pubblico da adottare e l'obbligo del medico di diffonderle nella popolazione perchè la difesa sia oltre che collettiva individuale, come anche la prontezza della diagnosi, specialmente nelle forme atipiche o larvate, permette di togliere di mezzo con una cura adeguata i nuclei di infezione che si dimostrano tanto pericolosi.

La cura dell'entamoeba ormai è fortunatamente conosciuta, ma è da tener presente che specialmente nelle forme cistiche la infezione è resistente ed anche dopo una prima ricerca negativa nelle feci, occorre ripetere l'esame a lunghi intervalli onde assicurarsi della sua completa scomparsa.

Palermo, 15 luglio 1930.

A. CUSUMANO.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi di ascesso cerebrale.

(H. V. O'SHEA. *Brit. Med. Journ.*, 2 ag. 1930).

Dal punto di vista diagnostico gli ascessi cerebrali possono essere classificati in due gruppi:

I. Casi nei quali sono presenti i sintomi classici dell'ascesso cerebrale. Questo gruppo può essere suddiviso nei seguenti sottogruppi:

a) Casi nei quali sono presenti sintomi locali e l'ascesso è determinato dalla diretta diffusione di un processo infettivo: tali sono gli ascessi otogenici (sfeno-temporali o cerebellari) che sono una conseguenza di un'affezione dell'orecchio medio, e quelli dei lobi frontali che sono consecutivi ad una suppurazione o ad un trauma dei seni frontali o etmoidali o delle ossa di quella regione.

b) Casi nei quali mancano sintomi locali, l'origine dell'ascesso è in una parte lontana e l'agente infettivo è trasportato dalla corrente sanguigna: tali sono gli ascessi metastatici che possono essere anche otogenici in quanto l'ascesso trovasi a distanza dalla malattia auricolare ed anche nel lato opposto.

II. Casi nei quali l'ascesso decorre senza sintomi e talvolta senza anche che sia presente il punto d'origine. In queste forme l'ascesso può evolvere silenziosamente fino a quando non si apre nei ventricoli o la tensione endocranica aumenta notevolmente, o la diffusione del processo infettivo non provoca una meningite o encefalite.

Gli ascessi del primo gruppo possono essere acuti e cronici, quelli del secondo solo cronici.

Nel caso si sospetti la presenza di un ascesso cerebrale conviene raccogliere un'anamnesi accurata allo scopo di accertare se il paziente abbia sofferto affezioni auricolari, sinusiti frontale o sfenoidale o etmoiditi, traumi cranici. Al riguardo oltre i dati che sono forniti dal paziente bisogna tener presente i risultati dell'esame obiettivo.

Quando si sospetti l'ascesso metastatico occorre esaminare il cuore per l'eventualità che l'ascesso (specie quello frontale) abbia un'origine embolica. Anche le affezioni pulmonari (tisi, bronchiectasia, pulmonite, empiema) possono esesre il punto di partenza di un ascesso metastatico embolico.

Quando l'embolia si verifica in seguito a piemia e provoca rammollimento cerebrale, il vaso leso è ordinariamente l'arteria cerebrale media, e la sintomatologia rassomiglia a quella dell'apoplessia.

Le lesioni osteomielitiche e sifilitiche delle ossa craniche possono dare l'ascesso cerebrale.

La forma più comune di ascesso cerebrale

è quella otogenica. Può essere provocato da un'affezione cronica dell'orecchio medio ed essere localizzato nel lobo temporale o nel cervelletto; essere adiacente all'osso malato ed allora è dovuto ad una diretta diffusione di una raccolta di pus extra- o intradurale, o dovuto ad infezione trasportata a mezzo delle vene o degli spazi linfatici ed allora è localizzato ad una certa distanza nella sostanza bianca. L'ascesso è quasi sempre unico. Deve essere sospettato ogni qualvolta nel corso di un'otopatia cronica si ha cefalea, vomito e neurite ottica. La formazione di pus nel cervello è accompagnata di solito da febbre, brividi e cefalea. Segue un breve periodo di latenza nel quale i disturbi sono pochi o mancanti, ma non tardano ad apparire fenomeni di compressione e di tossiemia.

Nel periodo iniziale la diagnosi differenziale con la meningite è difficile. Al riguardo possono giovare i seguenti caratteri: nell'ascesso il polso è lento e regolare, la temperatura subnormale, i riflessi superficiali scompaiono tardivamente e da un solo lato, manca la rigidità nucale, l'edema papillare è leggero ed unilaterale, mentre nella meningite il polso è irregolare per frequenza e forza, la temperatura è alta, i riflessi superficiali scompaiono presto e bilateralmente, si ha rigidità nucale e l'edema papillare è notevole e bilaterale. Oltre a ciò nella meningite purulenta la puntura lombare dà quasi sempre un liquor iperteso, torbido ed infetto.

Per gli ascessi otogenici la diagnosi di sede è generalmente facile, non così per quelli metastatici o latenti per i quali l'accertamento della localizzazione è difficile o impossibile.

Gli ascessi temporali otogenici si formano di solito allo stesso lato dell'orecchio malato. I primi sintomi sono costituiti da fatti paralitici la cui frequenza ed estensione è in rapporto alla grandezza dell'ascesso. Si ha prima la paralisi del facciale, poi del braccio ed infine dell'arto inferiore. Quando la paralisi segue un ordine inverso l'ascesso è localizzato profondamente ed esercita una pressione sulla capsula interna. Si può avere afasia motoria o sensoria quando l'ascesso interessa rispettivamente la frontale inferiore sinistra o la temporale superiore.

Le paralisi oculari, come la ptosi o lo strabismo laterale con pupilla rigida e midriatica indica una pressione sul terzo paio. Quando l'ascesso è localizzato nel lobo parietale si ha paralisi incrociata della faccia e degli arti.

Gli ascessi cerebellari in un buon terzo dei casi sono preceduti da infezione del seno laterale, ed in tal caso i sintomi di un'affezione mascherano quelli dell'altra.

In un altro terzo l'ascesso cerebellare segue a labirintite suppurativa, ed allora i sintomi prevalenti sono le nausee, i vomiti, le vertigini ed altri disturbi labirintici.

Nei rimanenti casi l'ascesso si stabilisce per distruzione diretta dell'infezione mastoidea, ed allora si ha per lo più l'ascesso extradurale della parete posteriore dell'osso petroso.

La diagnosi differenziale tra ascesso cerebellare e ascesso sfeno-temporale non è difficile quando sono presenti i sintomi a focolaio.

Le vertigini, il nistagmo spontaneo, il Romberg, l'atassia, ecc. sono sintomi dell'ascesso cerebellare; mentre le varie forme di afasia parlano a favore dell'ascesso sfeno-temporale.

Non mancano, per altro, altri criterii di diagnosi differenziale anche quando mancano i sintomi a focolaio.

La cefalea, comune in ambo i casi, è meno grave nell'ascesso temporo-sfenoidale ed è di solito localizzata nella regione temporale del lato leso. Nell'ascesso cerebellare è più intensa e continua, e localizzata nel lobo occipitale dal lato della lesione.

Il vomito è sempre presente in ambo i casi al principio della malattia, ma nella forma temporale diventa sempre meno frequente con tendenza a scomparire, mentre nell'ascesso cerebellare si ha costantemente e ad intervalli irregolari. Le nausee ed i vomiti sono indipendenti dai pasti.

Nell'ascesso temporo-sfenoidale si ha costantemente ottusità mentale, che in quello cerebellare si ha solo negli stadii avanzati e quando la pressione endocranica è diventata molto alta.

Le vertigini nell'ascesso temporale sono variabili ed incostanti, mentre sono un sintomo precoce e costante dell'ascesso cerebellare.

La neurite ottica, la papilla da stasi sono molto meno frequenti nell'ascesso cerebellare.

Le paresi muscolari, quando sono presenti, sono controlaterali nell'ascesso temporale e omolaterali in quello cerebellare.

I dati più importanti per la diagnosi differenziale tra l'ascesso cerebellare e la labirintite suppurativa diffusa nello stadio acuto sono i seguenti:

Ascesso cerebellare.	*Labirintite suppurativa diffusa.*
1. Inizio graduale.	Inizio improvviso.
2. Nistagmo rotatorio più pronunziato al lato della lesione, ma variabile con la direzione dell'occhio.	Nistagmo rotatorio verso il lato sano; aumenta quando l'occhio è rivolto verso il lato sano e cessa quando l'occhio è rivolto dal lato malato.
3. Il nistagmo aumenta con il progresso della malattia.	Il nistagmo decresce e tende a scomparire dopo 2-3 settimane.
4. La vertigine in principio è influenzata dal nistagmo, ma poi persiste indipendentemente dal nistagmo.	Vertigine rotatoria sul piano del nistagmo. Diminuisce e scompare con il nistagmo.

5. Atassia indipendente dal nistagmo, senza tendenza a scomparire.	Atassia nel piano del nistagmo e scompare con questo.
6. Reazione calorica presente e di solito normale.	Reazione calorica assente.
7. Udito normale se la affezione cerebellare è presente da sola.	Udito completamente perduto nel lato malato.
8. Disdiadokokinesia e incoordinazione presenti.	Assenti.
9. Segno del dito con deviazione dal lato della lesione solo per l'arto del lato leso.	La deviazione si ha in direzione opposta quella del nistagmo. Si verifica in tutti e due gli arti superiori.
10. La temperatura si eleva al principio, cade gradualmente e diventa normale e subnormale.	Elevata al principio, nei casi non complicati ritorna normale, mai subnormale.
11. Polso lento talvolta anche nell'ipertermia.	Frequenza del polso variabile con la temperatura.

Vi sono ascessi cerebrali che decorrono senza alcun sintoma a focolaio. Sono sopratutto gli ascessi metastatici della sostanza bianca e della regione frontale.

Vi sono ascessi cerebrali senza alcuna sofferenza e senza alcun segno, le così dette forme latenti. In questi casi la presenza dell'ascesso è rivelata dalla sua rottura, che provoca una meningite fulminante ad esito quasi sempre letale.

DR.

I tumori ponto-cerebellari senza disturbi uditivi.

(BERIEL e BARBIER. *Journal de Méd. de Lion*, n. 251, giugno 1930).

I disturbi uditivi nei tumori ponto-cerebellari sono in genere, un elemento importante per la diagnosi clinica; ma si conoscono molti casi in cui questi disturbi pure essendo minimi od anche assenti, si trattava non di meno dei tumori in parola.

Gli AA. richiamano l'attenzione su questo importante argomento.

Essi ricordano come la sindrome dell'angolo ponto-cerebellare può aversi per sarcomi delle meningi, per tumori infiammatori e per altre neoplasie, orbene a tutti questi casi gli AA. riservano il nome generico di *tumori dell'angolo ponto-cerebellare;* mentre conservano il nome di *tumori ponto cerebellari* ai veri neurogliomi nati sui nervi e il più spesso sull'VIII° paio. S'intende che questa distinzione non è che convenzionale.

Sono troppo noti i sintomi caratteristici di questa sede dei neoplasmi essi sono dovuti al fatto che questi si sviluppano nello spazio angolare formato dal cervelletto e dal tronco cerebrale, ed in modo più generale, nello strato osteo fibroso, non estensibile che costituisce la fossa cerebellare chiusa in alto dalla tenda del cervelletto.

In ogni caso si riesce a mettere in evidenza una triplice serie di fenomeni: Cushing: 1) Segni di compressione intracranica in cui domina un edema precoce della papilla, perchè l'acquedotto di Silvio è rapidamente compresso e la distensione ventricolare che ne risulta si risente presto sulla nutrizione del nervo; 2) dei segni di localizzazione dati da una sindrome cerebellare, spesso unilaterale all'inizio, qualche volta già bilaterale quando si esamina il malato; 3) infine dei segni di interessamento dei nervi della base. Il *deficit* colpisce sopratutto il V° e il suo segno principale è la anestesia della cornea, il facciale (VII) con paresi o paralisi totale a tipo periferico e sopra tutto l'VIII paio con le sue due branche acustica e vestibolare. I segni di questa partecipazione sono oltremodo tipici.

All'Inizio si hanno ronzii confusi, malesseri vaghi, talora veri rumori anormali che il malato percepisce: per lo più dei fischi anche assai intensi, in altri casi dei veri ruggiti. Poi lentamente l'udito si attenua, sì che in vari mesi si giunge alla sordità completa dell'orecchio dal lato del malato, che però non impedisce la persistenza dei ronzii.

Si associano importanti disturbi labirintici come vertigini subiettive, (titubanze, deambulazione da ubbriaco) che sono di difficile interpretazione per la contemporanea lesione del cervelletto. Le indagini sullo stato del labirinto (prova di Barany) chiariscono la lesione.

Ora gli AA. anche compulsando la letteratura ed in base a casi proprii han notato che i disturbi uditivi così importanti per la diagnosi possano essere assai tenui da sfuggire o addirittura mancare.

Tale assenza dipende dal fatto che questi tumori sono dei neurogliomi e che questi decorrono facendo parte del tessuto nervoso stesso, vere neoformazioni del nervo, sì che questo può conservare per lunghissimo tempo gli elementi della sua attività funzionale.

Per quanto ciò sembri a prima vista paradossale, si può dunque fare la diagnosi di tumore ponto-cerebellare, ed anche più precisamente di tumore del nervo acustico, quando non esiste disturbo apprezzabile della funzione uditiva e si hanno solo segni di localizzazzione dipendenti dalle parti vicine.

L. TONELLI.

CIRCOLAZIONE.

Tensione arteriosa e vecchiaia.

(C. LAUBRY e R. CASTÉRAN. *Rev. de Méd.*, anno 47°, n. 4, aprile 1930).

Gli AA. classici da Bouchard a Huchard segnalano una elevazione generale della pressione arteriosa al di sopra della norma in più della

metà dei vecchi, e danno come cifre delle variazioni tra 19 e 25; altri più recentemente (Wildt, e Bowes) ammettono una elevazione media di 2-2 1/2 cm. sopra la norma. Tutti riconoscono molte eccezioni a questa regola. Long ammette che in mancanza di arteriosclerosi la tensione sia normale o diminuita. Anche Gallavardin e Dumas ammettono che i soggetti che non si sono sottoposti a cause ipertensive abbiano verso la fine della loro vita una leggera diminuzione della loro tensione. Vaquez dice che le modificazioni della tensione presso il vecchio risultano meno dalla età che dalle condizioni patologiche inerenti alla età.

Gli AA. hanno ripreso lo studio dell'argomento in base alla loro larga esperienza: essi studiano: 1) i dati sfigmomanometrici; 2) i dati clinici ed etiologici; 3) il significato e la prognosi della tensione arteriosa nel vecchio.

1) *Dati sfigmomanometrici*: Tensione massima: con l'apparecchio del Vaquez-Laubry essi hanno ottenuto come cifra più debole 13 e come più alta 27. In un caso 35.

Si deve sempre prendere la pressione ad ambo le braccia perchè vi possono essere facilmente diseguaglianze tra i due lati, oltre che per ectasie vasali anche per semplici chiazze di ateroma che possono restringere un vaso più di un'altro.

Essi distinguono tre gradi di ipertensione: le leggere tra 16 e 20 che si hanno nel 40 p. 100 dei casi; le medie tra 20 e 25, pressappoco nelle stesse proporzioni; e le forti con massima sopra il 25 che hanno una frequenza pressappoco eguale a quella delle pressioni normali. Tensione minima; è curioso notare come questa si mantenga spesso vicino alla normale.

Nella metà circa dei casi era tra 9 e 10 cioè normale. Nel 25 p. 100 pure avendosi lieve elevazione, questa non superava mai i due cm. e cioè 11 1/2-12, e ciò, notisi, con tensioni massime sempre superiori ai 20. In pochi casi si aveva una ipotensione diastolica variabile tra 6 e 8.

Indice oscillometrico: Gli AA. non han dato una grande attenzione a questo studio, avendo notato che da esso non si potevano ricavare delle deduzioni interessanti. La altezza dell'indice oscillometrico è condizionata a tale molteplicità di cause cardio-aortiche, e queste sono così complesse, che non è possibile trarre alcuna legge semplice e pratica da queste osservazioni (Cestan):

Curve oscillometriche: Anche queste hanno scarso significato nei casi in esame e vennero trascurate.

In riassunto si può dire: nei tre quarti circa delle persone al di sopra dei 65 anni, esistono delle modificazioni della pressione, queste si verificano sopra tutto sulla sistolica in modo che secondo la classificazione di Laubry si potrebbe parlare di ipertensione squilibrata a predominanza massimale.

Gli AA. rilevano poi i dati ottenuti dall'*Esame del malato*, che non sono meno interessanti: i disturbi funzionali consistono in massima parte in spasmi,; non si deve dimenticare che esiste un numero enorme di ipertensioni latenti, nelle quali spesso il disturbo funzionale si rivela solo fortuitamente o durante malattie intercorrenti.

L'importanza dei segni obiettivi clinici sarebbe molto scarsa; solo avrebbe un certo valore il rinforzo diastolico alla base sull'orificio aortico.

Nel vecchio è difficile distinguere nell'urto diastolico della base ciò che dipende dalla pressione, e ciò che deriva dall'indurimento delle valvole sigmoidee.

Tra gli altri segni obiettivi devono essere ricordati: l'insufficienza aortica è abbastanza frequente, e talora, sebbene non sempre, spiega la concomitante ipotensione diastolica. Le arterie periferiche sono spesso dure e tortuose ma ciò coincide talora con una tensione normale.

Anche l'esame radiologico non dà dei dati molto costanti; la tensione arteriosa, il cuore e l'aorta spesso radiograficamente non sono in una correlazione tipica. Neppure le indagini anamnestiche e lo studio dei fattori etiologici permettono di trarre utili conclusioni.

Riguardo al fattore renale non pare che esista un rapporto tra rene e tensione arteriosa più di quello che non esiste tra questa e il cuore; l'eliminazione renale fu trovata sensibilmente normale, e se è modificata essa non si ripercuote sempre alla stessa maniera sulla pressione arteriosa.

Circa il fattore glandolare l'unico dato da ritenere è che piccola parte delle modificazioni di pressione dei vecchi si iniziano dopo i disturbi dinamici che si presentano alla menopausa.

Le ricerche sulla colesterinemia non hanno dimostrato un'importanza etiologica in questo elemento.

In conclusione si può dire che il fattore genetico più importante della ipertensione senile sembra essere la sclerosi vascolare.

Significato e prognosi dell'ipertensione nel vecchio. La prognosi varia con la natura della ipertensione;

1) Nelle ipertensioni equilibrate sistoliche e diastoliche si nota una notevole tolleranza dei malati senili in contrapposto alla gravità della ipertensione similare negli adulti. Dumas nota che questi malati evolvono verso l'insufficienza cardiaca o verso l'emorragia cerebrale. Gli AA. ritengono invece siano forme relativamente benigne. 2) Vi è poi la grande massa delle ipertensioni sistoliche squilibrate; non si deve anzitutto dimenticare che in genere non si tratta di una vera e propria ipertensione.

L'apparecchio misuratore infatti darà dei dati infedeli per il semplice motivo che a pa-

rità di pressione si otterranno delle cifre differenti se la pressione è misurata su una arteria elastica o irrigidita. Di più le cifre della tensione sistolica nel vecchio, più che in altre età, non esprimono la vera pressione sanguigna, ma delle condizioni dinamiche differenti nel volume dell'onda sanguigna, nella sua forza viva, e lo stato stesso delle pareti arteriose.

Queste considerazioni non devono distruggere l'importanza della ipertensione sistolica nei vecchi ma devono indurci ad interpretarla in un modo un po' speciale. Essa infatti esprime l'integrità del cuore e clinicamente assume talora l'aspetto di un fattore di compenso.

L'ipertensione sistolica squilibrata senile va quindi rimessa al suo posto, si deve guardare ad essa senza sorpresa e talora con una relativa soddisfazione. L'elemento fondamentale per la prognosi non è dato dalla tensione arteriosa, ma dalle lesioni arteritiche capaci di svolgersi nel vecchio.

Interessante sarebbe poter dare un esatto valore prognostico alle modificazioni evolutive della pressione: a questo riguardo la pressione che si va elevando a mano a mano parla per un accrescersi della estensione delle lesioni arteriose, sebbene non in modo sicuro; invece più significativo sarebbe l'abbassarsi della pressione e più ancora un accrescersi della pressione differenziale che deve essere considerato segno di insufficienza miocardica.

Conclusioni terapeutiche: come non ci si deve allarmare eccessivamente di una ipertensione in un vecchio, così non ci si deve accanire a farla abbassare, e tanto meno con mezzi violenti. Ciò che si deve curare nel vecchio non è l'ipertensione, ma la sclerosi vascolare contro la quale non abbiamo altri rimedi che lo iodio e gli ioduri, e talora si può aggiungere citrato di sodio. Si provvederà pc alle debolezze cardio-renali coi mezzi soliti.

L. TONELLI.

Valore e significato delle differenze del R. O. C. nelle compressioni monoculari.

(F. FORTI. *Riv. Clin. Med.*, n. 10, maggio 1930).

Le presenti osservazioni pigliano lo spunto da una comunicazione di AA. francesi i quali hanno riscontrato differenze del riflesso oculo-cardiaco a seconda che esso sia provocato colla compressione dell'uno o dell'altro occhio in soggetti in cui erano presenti e dimostrabili segni di paralisi o di eccitazione del simpatico cervicale di un lato.

In base a tale constatazione i detti AA. credono che al riflesso oculo-cardiaco unilaterale possa essere attribuito un certo valore quale mezzo di esplorazione del simpatico cervico-toracico.

Dalla considerazione della letteratura emerge che già altri AA. avevano osservato effetti diversi sulla frequenza del polso in seguito alla compressione separata dei due bulbi oculari, sopratutto in soggetti con lesioni del simpatico cervico-toracico, ciò che confermerebbe l'opinione degli AA. francesi.

Per poter portare un contributo di conferma a tale opinione, bisogna ricercare il R. O. C. con quelle modalità che riducono al minimo le cause di errore; e per dar valore alla espressa opinione, bisogna, secondo Forti, ricercare dapprima come si comporta il R. O. C. nei normali, poi se esso è sempre disuguale in portatori di lesioni del simpatico cervico-dorsale unilaterale, ed infine come reagisce il R. O. C. in coloro in cui l'interessamento del simpatico è periodico (pneumotoracizzati).

A tale scopo sono stati presi in esame 50 individui, con diverse affezioni, in cui è stato ricercato il R. O. C. bilaterale e unilaterale. Nel 68% di casi il R. O. C. bilaterale è stato positivo; nel 20% è stato assente. Per quanto riguarda il comportamento del R. O. C. unilaterale, in 40 soggetti è stato uguale, in 10 disuguale nei due occhi; di questi 40, in 20 è stato presente, assente in 10, invertito in tre.

Considerando i casi in cui fu disuguale, non è stato notato in alcuno di tali soggetti delle note che deponevano per un interessamento del simpatico cervico-toracico: in 6 casi tale fatto si poteva escludere in modo assoluto.

Questa constatazione viene ad infirmare il valore del R. O. C. unilaterale quale elemento per sospettare un interessamento del simpatico cervico-toracico.

Viene inoltre riferita l'osservazione di una paziente con sindrome sinistra di C. B. H. per la sezione della catena simpatica al di sopra del gandio cervicale inferiore; in essa il R.O.C. bioculare presente, non assumeva disuguaglianza nella compressione monoculare. Ciò dimostra che non sarebbe indifferente l'altezza della lesione del simpatico cervicale nel provocare il R. O. C.

Nei pneumotoracizzati il R. O. C. monoculare è stato positivo in due casi su dieci, il che dimostra che se non si può negare il R. O. C. unilaterale come espressione di irritazione del simpatico dorsale, esso è scarsamente frequente.

CARUSI.

DIAFRAMMA.

Le infiammazioni del diaframma.

(A. RAMSBOTTOM. *Journal Medical Association*, 5 luglio 1930).

I sintomi delle infiammazioni del diaframma o delle parti vicine possono assumere forme ed intensità diversissime, dalla leggera sofferenza a fatti imponenti che ricordano gli stati addominali acuti.

Le infiammazioni del diaframma possono dividersi in due gruppi: quelle della superficie superiore o pleurite diaframmatica, e quelle della superficie inferiore o ascessi sottodiaframmatici.

E' a notare che le prime possono dare sintomi rassomiglianti a quelli degli stati addominali acuti, e quelle inferiori, in rapporto alla distribuzione del nervo frenico, dare dolori alle spalle nelle regioni sopraclavicolari.

A parte la innervazione simpatica, il diaframma riceve fibre dal frenico e dal sesto o settimo paio intercostale.

Il frenico proviene dal terzo, quarto e quinto ramo cervicale, ma sopra tutto dal quarto; rami che provengono dallo stesso segmento midollare che provvede all'innervazione cutanea delle regioni sopraclavicolari. Si spiega così il dolore riferito a dette regioni.

Il frenico contiene fibre afferenti che si distribuiscono nella parte più centrale del diaframma, sopra tutto nella superficie inferiore. Il dolore, quindi riferito alle spalle, ha un particolare interesse clinico, perchè indica che la irritazione risiede nella parte centrale del diaframma.

Viceversa le fibre sensitive dei nervi intercostali si distribuiscono alle parti più periferiche del diaframma. L'irritazione di queste parti determina dolore nella distribuzione cutanea di detti nervi intercostali la quale comprende non solo la bassa regione toracica, ma anche la parete addominale anteriore. Si spiega così come le infiammazioni diaframmatiche anche della superficie superiore possono simulare un'affezione addominale.

La pleurite diaframmatica può clinicamente suddividersi in acuta, subacuta e cronica.

Nella forma acuta l'inizio è brusco. Il paziente è preso da dolori violenti e vomito. Nei casi tipici il dolore è riferito alle parti basse del torace, ma più frequentemente alle parti superiori dell'addome con tendenza a diffondersi al torace, e, se è colpita la parte centrale del diaframma, possono aversi dolori riferiti alla regione sopraclavicolare del lato omologo. Si distingue dal dolore della colecistite acuta, perchè in questa si ha la sensazione come se uno stilo arroventato passasse attraverso il fegato per raggiungere la parte bassa della scapola. D'altra parte il dolore della colecistite acuta nel suo acme è spesso riferito all'epigastrio e quando si calma tende a localizzarsi nella regione della cistifellea.

Però anche nella pleurite diaframmatica può avvenire che il dolore è localizzato solo all'addome senza alcun riferimento al torace. In questi casi, specie se il vomito è cospicuo ed i sintomi sono imponenti, è facile scambiare l'affezione diaframmatica con l'appendicite, la colecistite con la peritonite perforante, la pancreatite acuta emorragica quantunque in queste condizioni il grado di rigidità addominale è sempre maggiore.

Nella pleurite diaframmatica c'è di solito febbre moderata, il polso è frequente e piccolo, la respirazione difficile ma non molto accelerata e spesso a tipo esclusivamente toracico. La cute in corrispondenza dell'area dolente è squisitamente iperalgesica, così che il semplice contatto provoca intenso dolore, mentre la pressione fatta con la mano è molto meno dolorosa, anzi può dare anche sollievo. Manca ogni difesa muscolare addominale.

Una volta fatta la diagnosi è consigliabile, se il dolore è forte, somministrare morfina per via ipodermica ed applicare localmente il caldo umido.

Nella pleurite diaframmatica subacuta il dolore non è così forte, è localizzato nelle regioni costali inferiori, con o senza riferimento alla regione sopraclavicolare, che per altro talvolta è il primo a comparire.

Nel gruppo della pleurite diaframmatica cronica vanno compresi quei casi nei quali esistono vecchie aderenze tra pleura viscerale e diaframma. Molti di questi casi decorrono senza sintomi speciali, e la diagnosi può essere stabilita solo mediante l'esame radiologico, che dimostra una limitazione delle escursioni della base pulmonare.

Si chiamano ascessi sottodiaframmatici tutti gli ascessi a contatto con la superficie inferiore del diaframma, eccetto quelli del fegato e della milza. Possono essere situati a destra o a sinistra, e oltre il pus possono contenere gas. Questa caratteristica è dovuta all'origine dell'ascesso. In effetti la causa più comune è la perforazione di un ulcera peptica, per modo che l'ascesso è in comunicazione con un viscere cavo, donde il contenuto di gas. Questo può mancare quando l'ulcera peptica è molto piccola.

L'ascesso sottodiaframmatico può essere causato anche da un ascesso appendicolare. In questi casi, a differenza di quello dipendente da ulcera peptica, l'ascesso è localizzato a destra e di solito non contiene gas.

I sintomi generali dell'ascesso sottodiaframmatico sono quelli degli ascessi localizzati in altre parti del corpo: malessere, inappetenza, dimagrimento, stipsi, lingua secca e patinosa, febbre irregolare, tachicardia, sudori ed eventualmente brividi. L'inizio e la sintomatologia variano con la causa e la localizzazione dell'ascesso. Nei casi consecutivi all'ascesso appendicolare o all'operazione per ulcera peptica, l'inizio di solito è insidioso. Se la febbre persiste cinque o sei giorni dopo l'operazione senza sintomi locali che la giustifichino, e v'è dolore nella bassa regione costale e difficoltà, non necessariamente accelerazione, del respiro, si deve sospettare la formazione di un ascesso sottodiaframmatico. I segni successivi dipendono dalla localizzazione dell'ascesso,

prevalentemente toracici nella localizzazione posteriore, e addominali in quella anteriore. Sull'ascesso posteriore si ha nella base del pulmone un'area di ottusità che aumenta gradatamente e che essendo limitata dal diaframma conserva nella parte superiore una linea convessa e non monta verso l'ascella come nel versamento pleurico. L'itto della punta è spostato in alto e non lateralmente come nel versamento pleurico. Non di rado però quest'ultimo è presente nell'ascesso sottodiaframmatico ed allora la linea superiore del diaframma non può essere delimitata dalla percussione e l'itto della punta è spostato in alto e lateralmente. Sull'area di ottusità c'è una marcata sensibilità. La compressione sul pulmone determina respiro bronchiale. Se l'ascesso è localizzato a destra il fegato diventa palpabile, se a sinistra la normale risonanza dello stomaco e dell'angolo splenico del colon può essere sostituita da ottusità. Quando l'ascesso è situato anteriormente si può apprezzare un gonfiore sulla parte superiore dell'addome ed i segni toracici mancano. L'esame radiologico darà risultati interessanti specie se l'ascesso contiene gas.

In tutti i casi di ascesso sottodiaframmatico la prognosi è grave, ma specie in quelli che contengono pus e gas.

Il trattamento è chirurgico. DR

Le immagini radiologiche di restringimento emitoracico e sovraelevazione diaframmatica.

(E. SERGENT e J. VIBERT. *Archives médico-chirurg. de l'appareil respirat.*, 1930, n. 2).

Da vari anni l'attenzione del Sergent è stata fermata sui caratteri di alcune immagini radiologiche che, evocando in sulle prime l'idea di una retrazione emitoracica con sovraelevazione dell'emidiaframma per sclerosi polmonare e sinfisi pleurica, si constatava esser dovute all'atelettasia polmonare ed alla paralisi del nervo frenico. Il presente lavoro precisa i caratteri distintivi delle immagini radioscopiche.

Le *immagini radiologiche* dovute alla sclerosi retrattile ed alla sinfisi pleurica completano e confermano le constatazioni cliniche della « retrazione toracica postpleuritica » del Laennec: infossamento del cavo sopra e sottoclavicolare, abbassamento della spalla, allontanamento dell'omoplata, scoliosi dorsale compensatrice, immobilizzazione di tutto l'emitorace corrispondente. La radiologia — a questi caratteri ne aggiunge degli altri: obliquità delle coste — maggiore, maggiore strettezza degli spazi intercostali, mediastino, cuore e trachea attirati verso il lato ristretto. Emidiaframma sopraelevato, ineguale, deformato; emitorace meno trasparente, talora opaco, più o meno ugualmente. L'esame radiologico cinematico mostra l'opposizione dei movimenti dei due emitoraci: dal lato sano i movimenti costali hanno un'ampiezza esagerata e così pure l'emidiaframma. Dal lato malato tutto o quasi tutto è immobile, fisso in posizione più o meno caratteristica, ovvero con minimi movimenti diaframmatici, più o meno irregolari, con accentuazione dei festoni e delle ondulazioni (briglie adesive). La cinematica respiratoria è soppressa in un emitorace. Questa è l'immagine del restringimento per sclerosi retrattile del polmone, con sinfisi pleurica totale. Ma la sclerosi può essere parziale, ciascun lobo formando una unità anatomofisiologica, e perciò si può avere una sinfisi lobare, come spesso si verifica per il lobo superiore destro, con la deviazione del mediastino superiore, della trachea e la deformazione della scissura.

Le *false immagini radiologiche* di sclerosi polmonari retrattili con sinfisi pleurica, possono essere dovute all'atelettasia polmonare.

L'atelettasia polmonare può essere totale o parziale, può essere transitoria o permanente. L'atelettasia polmonare passeggera può essere dovuta ad un corpo estraneo arrestato nei bronchi, ad es. Il polmone non respira più, la trasparenza diminuisce in tutto l'emitorace, i vasi sono dilatati e questo diminuisce ancora di più la trasparenza, il polmone sano prende lo spazio lasciato libero dal polmone atelettasico verso il quale è sospinto il mediastino, il cui spostamento si accentua con la inspirazione, donde il movimento a bilancia, la trachea segue lo spostamento mediastinico, ma la sua deviazione verso il polmone atelettasico resta lineare, non sinuosa, il diaframma si solleva ma resta regolare nella forma, libero e capace di piccoli movimenti. Causa dell'atelettasia può essere un corpo estraneo, può essere il « tappo mucoso post-operatorio » degli americani. Tolta la causa tutto rientra in ordine. Non così succede, ad es., nell'atelettasia da cancro bronchiale, atelettasia che dura fino alla morte. A differenza delle vere immagini descritte precedentemente, nelle pseudo immagini da atelettasia lo infossamento dell'emitorace è minore, lo spostamento mediastinico più regolare, la deviazione tracheale non sinuosa, ecc.

Ma altre false immagini possono essere dovute alla paralisi del frenico: essa può essere temporanea e definitiva. Il quadro radiologico è il seguente: dal punto di vista statico nella paralisi del frenico il diaframma non è festonato, l'ombra cardiaca ha « bilanciato » e sembra obliqua. Dal punto di vista cinematico l'emidiaframma conserva una mobilità passiva e si può vedere un moto a bilancia dei due emidiaframmi, le coste non sono immobilizzate, ma con ipermotilità compensatrice. Spesso paralisi del frenico ed atelettasia si associano.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

N. PENDE. *Anomalie della crescenza fisica e psichica.* Un vol. in-8° di 320 pag., con 182 fig. L. Cappelli, ed. Bologna, 1930. L. 40.

In questo lavoro, che costituisce il secondo volume dei lavori dell'Istituto Biotipologico-ortogenetico di Genova, il prof. Pende studia le sindromi della crescenza patologica, delimitando anzitutto il concetto clinico delle malattie da crescenza, che esamina poi singolarmente: le cardiopatie degli adolescenti, l'albuminuria lordotica, le neuro- e psicopatie, le emopatie da crescenza, le sindromi dell'apparato scheletro-legamentoso, gli ipo- ed iperevolutismi, le precocità patologiche.

Riporta poi un'ampia ed interessante statistica delle sindromi da crescenza osservate nel 1927-1928, con l'anamnesi, l'esame obbiettivo, psichico, biochimico, la sintesi biotipologica e la diagnosi clinica, il tutto corredato da eccellenti fotografie.

A guisa di appendice viene descritta l'attività medico-pedagogica e medico-sociale dell'Istituto ed è riportato l'elenco delle numerose pubblicazioni dei componenti l'Istituto stesso.

fil.

H. SCHLESINGER. *Klinik und Therapie der Alterskrankheiten.* Un vol. di pag. 132. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

L'A. passa in rassegna, in questo volumetto, le malattie che si presentano o esclusivamente o con modalità particolari nei vecchi. La sintomatologia e la cura occupano il posto più importante della trattazione; grande importanza vien data specialmente alla prescrizione dietetica. L'indirizzo prevalentemente pratico di tutta l'esposizione renderà utilissima la pubblicazione. VALDONI.

A. LIPSCHÜTZ. *Por qué morimos.* Editore Morata, Madrid.

È la traduzione spagnola di uno studio biologico-filosofico del fisiologo estone, attualmente insegnante nell'Università di Concepcion (Chilì).

Studio interessante, perchè, pur tenendo conto delle ricerche precedenti, espone idee originali sul problema della vita e della morte. DR.

MAGNUS-LÉVY. *Von Basen und Säuren beim Kranken Menschen.* Un fascicolo di pag. 28. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

In poche pagine l'A. raccoglie le nozioni più importanti sulla fisiopatologia degli acidi e delle basi che si originano nell'organismo. Ne illustra l'importanza e il significato e ne discute il meccanismo di comparsa in determinate malattie. VALDONI.

P. KIRCHBERGER. *La théorie atomique.* Editore Payot, Parigi. Prezzo Fr. 25.

La traduzione francese sulla seconda edizione tedesca dell'interessante volume del prof. Kirchberger ne consente una più diffusa conoscenza.

L'A. espone la storia e lo sviluppo della teoria atomica giungendo fino alle ultime conquiste delle nostre conoscenze sull'infinitamente piccolo, sull'elemento ultimo della materia, conoscenze che se sembrano fantastiche, hanno per altro del prodigioso per la loro esattezza.

Sono passati in rassegna l'atomismo dei filosofi, l'atomismo dei chimici, l'atomismo dei fisici che costituiscono le tre tappe della scienza dall'ipotetico al certo. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 20 luglio 1930.
Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Un caso di gigantismo acromegalico.

Prof. Dott. G. NASTRUCCI. — Un bambino di 4 anni presenta alterazioni tali di crescenza del sistema scheletrico, muscolare, genitale, laringeo, pilifero, da potere considerare il suo sviluppo somatico come quello corrispondente ad un giovane in piena pubertà. Considerando i segni clinici, corredati da radiogrammi, stabilisce che l'alterazione dipende da disturbi della secrezione ormonica e particolarmente da una iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi e da un ipergonadismo o ipergenitalismo. In contrapposizione presenta pure un caso di fragilità delle ossa o osteopsatirosi nel quale il disturbo di crescenza e le alterazioni patologiche (fratture spontanee) sarebbero, secondo la opinione dell'O., date da una ipofunzione ipofisaria ed ipogenitalismo.

Sopra un metodo di correzione operatoria dell'alluce valgo.

Dott. M. MORETTI. — Alle diverse osteotomie lineari o cuneiformi, articolari o paraarticolari, l'O. preferisce fare uso di osteotomia cuneiforme extra-articolare, associata a trapianto dei muscoli dell'alluce per stabilizzare la correzione anche funzionalmente. Presenta un caso di alluce valgo perfettamente riuscito.

Rivista critica di un anno di lavoro chirurgico.

Prof. Dott. LUSSANA. — L'O. espone i dati statistici riguardanti il lavoro svolto nel primo anno della sua direzione del Reparto chirurgico. A questi fa seguire considerazioni cliniche su gruppi di forme morbose specialmente interessanti. Infine a dimostrazione dei risultati ottenuti, presenta alcune serie di operati (oltre una trentina) riguardanti la chirurgia gastrica, quella delle vie biliari, dei reni e vescica, della tubercolosi polmonare. *Il Segretario*: C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sostanze estrogene. Apparecchi e metodi di preparazione di estratti stabili di origine naturale.

L'introduzione del metodo di Allen e Doisy del secreto vaginale usato come saggio dell'ormone ovarico ha condotto a numerose ricerche per provocare l'estro nelle femmine castrate. Recentemente da vari autori fu ottenuta la cristalizzazione dell'ormone ovarico, il che rappresenta un notevole progresso nello studio del meccanismo chimico dell'estro e della riproduzione.

Sostanze estrogene sono state ottenute dal secreto follicolare, dal corpo luteo, dalla placenta, dal sangue, dalle urine, dal liquido amniotico, dal fegato, dalla bile, dal latte, dal testicolo, dalle feci, dalle uova d'uccelli e da alcune piante.

Non si sa ancora se queste sostanze attive di origine diversa abbiano la medesima composizione chimica.

Janney e Waltker (*Endocrinology*, marzo-aprile, 1930) descrivono minutamente la tecnica da essi seguita per ottenere estratti cloroformici e sospensioni acquose stabili dalle urine e dai tessuti. La stabilità è per gli estratti cloroformici di almeno un anno e per le sospensioni acquose di almeno quattro mesi.

R. LUSENA.

Gli ormoni placentari.

Recenti ricerche porterebbero a credere che la placenta sia dotata di poteri di secrezione interna simili, biologicamente, a quelli delle ovaie. Wislanchi (*Polska Gazeta Lekarska*, n. 46, 17 novembre, 1929) ha dimostrato ciò con interessanti esperimenti.

La placenta di conigli al termine della gravidanza, iniettata nei cani, elabora in questi degli anticorpi contro la gravidanza: infatti il siero dei cani così preparati, iniettato a dei conigli suscettibili di divenire gravidi, e messi in contatto con dei maschi impedirebbe la fecondazione per un periodo di circa tre settimane dopo di che la influenza del siero iniettato scomparirebbe.

La gravidanza d'altra parte produrrebbe nell'organismo delle sostanze di difesa contro queste tossine prodottesi nella gravidanza stessa, che durante questa si trovano in circolo nell'organismo e risultano immagazzinate nella placenta.

L. TONELLI.

SEMEIOTICA.

A proposito della febbre apiretica nella tubercolosi del polmone.

A. Rubino (*Min. Med.* n. 33, agosto 1930) ricorda che non deve destar meraviglia il concetto di una febbre apiretica, ed a tal proposito riferisce alcuni casi pubblicati sull'argomento di pazienti con polmonite crupale, febbre tifoide ecc. decorsi senza temperatura febbrile.

La febbre nella tubercolosi, come in altre infezioni, ubbidisce a due fattori fondamentali; essa è prodotta da endotossine bacillari e da prodotti di disfacimento dei tessuti invasi dal bacillo.

Alcuni patologi invece considerano la febbre come un'alterazione del ricambio, un turbamento nutritivo.

Nella tubercolosi polmonare la febbre non può mai mancare, correlata ad una modificata distribuzione e dispersione di calore, che le ricerche termometriche non riescono o non possono svelare, per cui si ha l'impressione che il soggetto sia apiretico, mentre in realtà è in preda alla febbre, una febbre apiretica ».

Considerando quindi la febbre come originata da un alterato ricambio, e mettendola in rapporto con l'aumentato metabolismo, che esiste nella tbc. polmonare anche nel periodo febbrile, si potrebbe chiamare questo periodo, secondo l'A., il periodo di febbre apiretica, e trarne le opportune deduzioni igieniche, dietetiche e terapeutiche.

CARUSI.

Elevazione premestruale della temperatura nella donna tubercolosa.

E. M. Jameson, D. A. Bristol e S. A. Cavenaugh (*Jl. A. M. A.*, 5 luglio 1930) l'hanno studiata in 386 donne ricoverate in Sanatorio, e riscontrata nel 42,4 % dei casi.

L'entità delle lesioni tubercolari non sembra aver valore su tale elevazione, la quale oscilla intorno al 1° C., per ingrandirsi verso il 9° giorno, nelle forme più gravi.

La durata media della elevazione variò da un caso all'altro.

M. FABERI.

CASISTICA.

Sulla paramiloidosi.

L. Picchini ed A. Fabris (*Arch. Sc. Med.*, n. 22, agosto 1930) riferiscono il caso di una donna di 51 anni, con precedenti di sifilide e di alcoolismo, la quale tre anni prima aveva iniziata una strana malattia, i cui fenomeni principali consistevano in un ingrossamento ed indurimento progressivo delle labbra, della lingua, della mucosa del palato, del laringe e parte superiore della trachea, afonia e stenosi delle vie aeree, ingrossamento ed indurimento quasi ligneo dei muscoli sottomascellari.

Inoltre andò soggetta ad emorragie cutanee multiple ricorrenti, specialmente alle palpebre e alla base del collo, nelle congiuntive, nelle mucose delle labbra, delle guance e dei genitali esterni; ad ematurie; infine ad ingrossa-

mento delle glandole cervicali, sottomascellari ed inguinali.

Di fronte ad un caso così complesso, tenuto conto dell'inizio della malattia, che cominciò con un risentimento delle glandole inguinali, dell'esame del sangue e delle ripetute emorragie, si pensò ad una forma di linfoadenia; ma il decorso della malattia escluse la linfoadenia e la sarcomatosi, diagnosi prospettata da qualcuno.

Nè si poteva pensare ad una comune degenerazione amiloide, in quanto gli organi che generalmente sono colpiti in tale affezione — fegato, milza, reni — nel caso in esame non presentavano alcuna alterazione.

L'esame anatomo-patologico ed istologico degli organi e dei diversi preparati mise in evidenza una diffusione presso che generale d'una sostanza degenerativa, la quale ai diversi metodi cromatici non si identificava nè con la sostanza ialina, nè con la colloide, nè coll'amiloide, ma partecipava di alcuni attributi dell'una e dell'altra, per cui fu chiamata dagli AA. ialinoide o ialoamiloide.

Passando alla discussione del caso, tale osservazione è degna d'interesse, perchè costituisce uno di quei casi rari di paramiloidosi generalizzate, differente dalle amiloidosi locali o dei grandi visceri, che si possono anche dire classiche.

E mentre tale amiloidosi classica si potrebbe anche chiamare *parenchimale*, per la preferenza che ha per i grandi organi, la paramiloidosi potrebbe definirsi *vascolare*, per la grande diffusione che presenta in tutti gli organi e sistemi.

La mononucleosi osservata verso la fine della malattia e le frequenti emorragie possono mettersi in rapporto con le specifiche alterazioni vasali.

CARUSI.

Cause degli edemi ai piedi ed alle caviglie.

A. Osman (*British med. journ.*, 26 aprile 1930) descrive un tipo di edema, abbastanza frequente, che non è associato ad albuminuria nè ad altre gravi malattie organiche. Lo si osserva principalmente ai piedi, alle caviglie ed alle gambe, raggiunge il massimo verso sera, è maggiore dopo che il paziente ha fatto dell'esercizio fisico e nella stagione calda. Può essere costantemente presente ed aumentare o diminuire con i fattori accennati, ma talvolta scompare spontaneamente per settimane o mesi, per poi ritornare.

Vi è ragione di credere che esso sia dovuto alla gravità e dipenda da un eccesso di acqua, da un edema, generale in tutti i tessuti dell'organismo, sebbene esso non sia, generalmente, tale da attirare l'attenzione. Nel corso della giornata, l'edema tende a spostarsi verso i piedi ed, alla sera, raggiunge il suo massimo e si rende visibile.

Si ammette che, a base di questi disturbi vi sia uno stato di acidosi, di cui non è esattamente nota la causa, il quale tende ad accumulare una certa quantità di acqua nei tessuti; nei gradi più lievi della malattia, la quantità di acqua è tanto piccola che non si rende evidente che quando se ne accumula in un certo grado. Vi è, in questi individui, una diminuzione nei valori del bicarbonato nel plasma ed una certa idremia del sangue, sicchè la quantità di emoglobina è ridotta.

Il trattamento da farsi in questi casi consiste nella somministrazione di alcali per bocca, in forma di citrato di potassio e di bicarbonato di sodio a parti uguali, in modo da rialzare al livello normale il bicarbonato del plasma e da aumentare, possibilmente, l'alcalinità dei tessuti e da favorire la diuresi, per eliminare l'eccesso di acqua dell'organismo.

fil.

Disturbi del ricambio dei grassi in malattie del pancreas, stabilitesi nel corso di affezioni gastriche ed intestinali.

Leo Engler (*Zent. für inn. Mediz.*, n. 33, 1930) espone una breve casistica, concernente individui affetti da ulcera gastrica, duodenale, o da infezione intestinale, e nei quali si sono stabiliti disturbi riferibili ad alterazioni del pancreas, disturbi in genere molto favorevolmente influenzati dalla somministrazione di preparati pancreatici. Dal decorso della malattia in tali soggetti, si è portati ad ammettere la possibilità di una alterazione, isolata e d'ordine endocrino, della utilizzazione del grasso nei tessuti, imputabile a lesione pancreatica, e senza la coesistenza di un difettoso assorbimento dei grassi nell'intestino. Uno dei casi citati inoltre starebbe a dimostrare come oltre ad un'affezione pancreatica stabilitasi per contatto (aderenze, penetrazione) sussisterebbe la possibilità, sebbene più rara, di una malattia insediatasi nel pancreas per via ematogena e originatasi da un'infezione dell'intestino.

L'influenza di grandi dosi di insulina su queste lesioni del pancreas (esternantisi con disturbi del ricambio dei grassi) somministrate nella supposizione che l'insulina contenga un increto capace di modificare il ricambio dei grassi, avrebbe bisogno di essere controllata, d'altronde, su più ampia casistica.

SALVATORI.

Ipofisi e ipertonia.

Ricerche radiologiche che cercano di dimostrare un ingrandimento della sella turcica nei pazienti affetti da ipertonia essenziale hanno valore soltanto negli individui non troppo avanzati in età; infatti le alterazioni senili delle ossa svíserebbero i risultati. Perciò W. Hirsch (*Deutsche Med. Wochenschr.* n. 29 1930), ha eseguite le sue ricerche in individui tra i 25 e i 55 anni. Su 14 pazienti affetti da

ipertonia essenziale, venne riscontrato in 6 casi un ingrandimento della sella turcica; specialmente notevole il grande aumento della sua profondità. E' possibile che l'ingrandimento della sella turcica che si osserva spesso negli individui dopo i 55 anni, e che finora è stata considerata esponente di un'atrofia senile delle ossa, stia invece in qualche rapporto con l'ipertonia essenziale, tanto frequente proprio in questa stessa età. POLLITZER.

L'ipoglicemia cronica.

P. J. Cammidge (*Lancet*, 3 maggio 1930) nello spazio di 5 anni ha trovato più di 200 soggetti nei quali la glicemia era di 70 mg. per 100, o meno. Si tratterebbe dunque di un'evenienza meno rara di quanto generalmente si crede.

Non esiste un segno caratteristico di questa speciale condizione; l'A. ha tuttavia raccolto dei dati, la conoscenza dei quali può riuscire utile al medico per indirizzarlo in qualche modo verso la diagnosi.

L'età dei soggetti studiati va da meno di 1 anno a 70, con maggior numero di casi nei primi dieci.

L'eredità sembra avere la sua importanza, essendosi trovata ipoglicemia, in un certo numero di casi, in vari membri della stessa famiglia. Sperimentalmente, poi, tale fatto sembrerebbe essere indiscutibile.

La maggior parte dei soggetti risultò sofferente di disturbi intestinali cronici, con stipsi ostinata o con diarrea. Potrebbe quindi verosimilmente trattarsi di una infezione cronica, provocante la formazione di sostanze tossiche, che in secondo tempo lederebbero il fegato e i suoi meccanismi regolatori della glicogenesi.

Nel 53:100 dei casi le urine presentarono quantità variabili di zucchero, in forma per lo più di destrosio, e più raramente di pentosio, levulosio, pseudo-levulosio e galottosio. In una certa percentuale si trovò poi acetone, e, più raramente, albumina.

Dal punto di vista clinico l'ipoglicemia fu trovata in varie condizioni morbose tra cui: vomiti ciclici dei bambini, accessi biliari ricorrenti, vomiti gravidici, cefalee ricorrenti, nevrastenia, attacchi convulsivi, astenia.

Altre volte l'ipoglicemia fu constatata accidentalmente esaminando il sangue in seguito a visita di società d'assicurazione della vita, oppure in occasione di altri disturbi o malattie che non avrebbero certamente fatto pensare ad una simile evenienza.

D'altro canto esisterebbero individui con tassi glicemici assai bassi, pur non lamentando disturbo alcuno. In tali casi si dovrebbe pensare che la condizione esisterebbe sin dai primi anni di vita, creando in tal modo uno stato di equilibrio organico, compatibile con una buona salute.

Dal punto di vista terapeutico ha la massima importanza la cura dei disturbi intestinali di cui si è già parlato, avendo invece un effetto soltanto palliativo l'aumento degli idrocarbonati della dieta.

Rammentando infine i nessi ereditari importanti nel determinismo di questa forma morbosa, si comprende come potrà riuscire giovevole, nei discendenti dei soggetti riscontrati affetti da ipoglicemia cronica, il trattamento profilattico. M. FABERI.

Le cause di morte nei diabetici.

M. Lyon e R. Murray Lyon (*Lancet*, 9 agosto 1930), hanno fatto uno studio sulle cause di morte in 150 diabetici. Il coma ha preceduto la morte in 59 casi, ed è stato aggravato dalla sepsi, da condizioni addominali, da cura inadatta.

La morte senza coma è dovuta principalmente a lesioni cardio-vascolari, a sespi, a tubercolosi, a malattia cancerigna, che non coinvolge necessariamente il pancreas.

Risulta in complesso, che i casi di diabete possono essere riuniti in due categorie: 1) il tipo *tossico*, dei giovani, con tendenza al coma; 2) il tipo *degenerativo*, caratterizzato da un'età più avanzata, con arteriosclerosi e tendenza all'obesità.

La cura va seguita rigorosamente in tutti gli individui sotto l'età media, per evitare il pericolo dell'acidosi. Questo è meno importante nel diabetico di età più avanzata, in cui si deve sopratutto fare attenzione al sistema cardiovascolare.

fil.

TERAPIA.

Rapporto tra medicina e chirurgia nel trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale.

Le ulceri gastriche e duodenali sono primitivamente delle affezioni mediche.

La maggior parte di esse, quindi, guarisce con un trattamento medico adeguato, purchè applicato con criterio ed in uno stadio precoce della malattia. Tale trattamento sarà basato su regole dietetiche e sulla neutralizzazione dell'eccesso di acidità per mezzo di alcalini.

Affinchè però siano evitate le recidive, il malato dovrà osservare durante tutto il resto della propria vita la dieta prescrittagli.

Si ricorrerà alla chirurgia solamente allorquando un'ulcera semplice non appare suscettibile di guarigione col trattamento medico.

Il compito della chirurgia sarebbe quello di modificare il meccanismo gastrico in maniera da rendere impossibile la recidiva; ma poichè tale resultato è ancor oggi incerto, conviene dopo ogni operazione studiare il contenuto gastrico, in maniera che, se non si è stabilita un'acloridria, il paziente dovrà essere di nuovo affidato alla cura medica.

Comunque, secondo C. Bolton (*Brit. Med. Jour.*, n. 3615, 1930, il medico dovrebbe esercitare la massima attenzione nel diagnosticare e nel trattare la dispepsia e l'ulcera iniziale, per vincerle subito con le proprie risorse.

M. FABERI.

Il trattamento insulinico nell'ulcera gastro-duodenale.

Il trattamento insulinico dell'ulcera gastroduodenale è stato applicato fin dal 1926. A. Cade e Ph. Barral (*Journ. de méd. de Paris,* 12 giugno 1930) hanno trattato sistematicamente i malati che entravano alla loro sezione ospedaliera, ottenendone i seguenti risultati.

Primo gruppo. Dieci malati arrivati in piena crisi, con segni radiologici dell'ulcera, in 6 sangue nelle feci. Si somministrarono ogni mattina 15 unità d'insulina e, fin dal primo giorno, vitto completo comune della sala, non esclusa la carne od anche il vino. Fin dalle prime iniezioni, notevole sollievo, alla terza settimana scomparsa del bruciore postprandiale, al 5° giorno, scomparsa del sangue dalle feci.

Secondo gruppo. Sei malati. L'insulina ha attenuato molto i dolori, ma non li ha fatti scomparire. Essi cessarono soltanto dopo il trattamento misto insulina-glucosio (20-80 grammi, in forma di sciroppo, mezz'ora dopo l'insulina).

Terzo gruppo. Un malato con stenosi pilorica; i fenomeni dolorosi ricomparivano ogni tanto; intervento chirurgico.

Quarto gruppo. Quattro malati, in cui il trattamento misto insulina-glucosio ha calmato soltanto incompletamente i dolori; intervento, reperto di ulceri con perigastrite.

Quinto gruppo. Quattro malati, in cui il trattamento non potè essere seguito regolarmente.

In generale, bastano piccole quantità di insulina (15 unità al giorno) da continuarsi per 20-25 giorni (prolungare 10 giorni dopo la scomparsa dei dolori o delle emorragie occulte). Nuova serie di iniezioni dopo qualche mese, senza attendere la ricomparsa dei dolori. Se il miglioramento non è sufficiente associarvi il glucosio.

Nessuno inconveniente, salvo un'eruzione di orticaria o qualche malessere.

Il meccanismo d'azione sarebbe, secondo alcuni, un'azione alcalinizzante, secondo altri, una modificazione dell'equilibrio vagosimpatico. Gli AA. hanno trovato regolarmente aumentato l'acido cloridrico gastrico libero e nessuna modificazione dello stato vagotonico.

In complesso il trattamento insulinico, se anche non guarisce l'ulcera gastro-duodenale (sono note le soste di questa malattia) porta, in un numero notevole di casi, una sospensione dei fenomeni dolorosi e merita l'attenzione del medico.

fil.

Il trattamento degli spasmi pilorici e duodenali.

La diagnosi di questi spasmi colla stenosi organica ne è sempre difficile; può avere un certo valore il riconoscere che non vi è iperacidità e che lo stomaco è vuoto dopo tre ore, ma mancano i veri segni di certezza. Perciò P. Le Noir e Beloux (*Journ. des praticiens,* 9 agosto 1930), consigliano di tentare dapprima il trattamento antispasmodico.

Riposo assoluto in letto, ingestione di piccole sorsate di latte ogni ora, in modo da evitare ogni distensione gastrica. Compresse umide e calde ricoperte con *baudruche,* da applicarsi ogni due ore sullo stomaco.

Nel bambino, prescrivere la tintura di belladonna, in ragione di 3 gocce per anno senza oltrepassare le XXV al giorno; nell'adulto la stessa, in quantità di XXV gocce al giorno, in 3 volte secondo la tolleranza, oppure prescrivere le seguenti pillole:

Polvere di foglie di belladonna
Estratto di belladonna ana *cg. uno.*
Per una pillola, 2-4 al giorno.

Si può associare il giusquiamo in pillole con 2 cg. di estratto di giusquiamo, 1 di belladonna e estratto di valeriana q. b. Se ne fa prendere una prima di ogni pasto.

L'atropina può darsi in ragione di 1/4 di mg. al giorno. Se ne ordina una soluzione di solfato di atropina (mg. quattro) in 100 cmc. di acqua distillata (3 cucchiaini da caffè al giorno prima dei pasti; ognuno contiene 2/10 di mg). Nei bambini, 1/10 di mg. ogni anno, senza oltrepassare 1/4 di mg. al giorno.

Utile è anche la pozione seguente:

Bromuro di sodio g. 10.
Solfato d'atropina mg. 4.
Acqua distil. g. 100.

Un cucchiaino prima dei pasti in un po' d'acqua zuccherata.

Dei bagni a 37°, per 10 minuti, mattino e sera, calmeranno l'eccitazione nervosa. Le docce si useranno solo nelle forme croniche. Il riposo morale e fisico è una condizione essenziale per la guarigione. Ricordare che lo spasmo può prolungarsi anche per delle settimane. Nelle stazioni idroterapiche il trattamento si calcola di 5 settimane.

Tostochè il latte non viene più vomitato, si prescriverà il regime latto-vegetariano a dosi progressive. Uova strapazzate od al latte, pesce bollito, paste, purè, frutta cotta, biscotti. Come bevanda, l'acqua; utile un bicchiere di acqua calda leggermente zuccherata dopo i pasti. Contro la costipazione, clisteri o polveri magnesio-bismutate.

Con questa cura, molti dei malati che si riteneva dovessero essere operati guariscono e sfuggono al chirurgo.

fil.

Le dosi terapeutiche e le indicazioni della papaverina.

E' noto come il cloridrato di papaverina sia un ottimo medicamento per i dolori d'origine digestiva, e per le sofferenze dell'apparato digerente. Però non sempre si ottengono gli effetti desiderati, e ciò dipende dalla dose impiegata o dalla natura del male, essendovi dei dolori gastrici che non si giovano di questo medicamento.

F. Mercier (*Le Bull. Medical*, n. 35, agosto 1930), riferisce un gruppo di casi in cui la papaverina è stata di notevole efficacia.

Dall'osservazione delle storie emerge che la papaverina esercita un'azione terapeutica favorevole nelle sindromi dolorose di origine spasmodica: costipazione spasmodica, spasmo della cistifellea o del coledoco, vomiti della gravidanza probabilmente in rapporto con un leggero stato di spasmo gastrico. Per ottenere una cessazione dei dolori bisogna ricorrere a dosi di papaverina elevate, e cioè di ctgr. 25-30 al giorno, divisi in due volte, dose molto superiore a quella che si usa somministrare, e cioè 0,05-0,15 gr. *pro die*, assolutamente inefficace.

Accanto a questi risultati positivi, la papaverina è restata senza effetto anche a dosi massive nella gastrite con ipercloridria, nello spasmo pilorico da ulcus, nella colite acuta, nell'entero-colite muco-membranosa, nel tumore gastrico, e nella stitichezza di origine endocrina o per insufficienza epatica.

Le dosi di gr. 0,25-0,30 vanno continuate per diversi giorni consecutivi, e poi somministrate ogni 2-3 giorni; non è stato notato alcun sintomo d'intolleranza. CARUSI.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Misure contro la diffusione delle malattie infettive.

Isolamento e disinfezione.

Ricevuta la denunzia di malattia infettiva, o semplicemente sospetta, ed in attesa dell'eventuale accertamento diagnostico, è còmpito dell'Ufficiale Sanitario curare l'applicazione delle misure profilattiche fondamentali di *isolamento* e di *disinfezione*. Per agevolare l'attuazione di tali provvidenze l'art. 126 del T. U. delle leggi sanitarie dà facoltà ai Comuni di unirsi in consorzio per l'impianto e il funzionamento degli stabilimenti di disinfezione e dei locali d'isolamento contro le malattie infettive; i consorzi stessi possono esser costituiti d'ufficio dal Prefetto. Parimente l'art. 9 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 2889 (riforma degli ordinamenti sanitari) concede anche alle Provincie la facoltà di provvedere a questi servizi, facoltà che, in particolari circostanze, può, dal Prefetto, essere convertita in obbligo. Per i Comuni, l'obbligo del locale di isolamento è sancito pure dall'art. 146 del Regolamento generale Sanitario.

Anche prima però che entrino in funzione tali meccanismi profilattici di carattere pubblico, la legge vuole (art. 132 del Regolamento generale sanitario) che il medico curante dia, a coloro che assistono o avvicinano l'infermo, le istruzioni necessarie per impedire la propagazione del contagio e che, nei casi di malattia particolarmente diffusiva, suggerisca il conveniente isolamento dell'ammalato e delle persone che l'assistono, ed all'occorrenza, richieda il suo trasporto in locali di isolamento. In pratica l'ufficiale sanitario, senza fare soverchio affidamento sull'osservanza di queste prescrizioni, dovrà sempre intervenire, personalmente o a mezzo di medici dipendenti, per accertare se le misure profilattiche, nel singolo caso, siano sufficienti, e per completarle se necessario.

Isolamento. L'isolamento può essere *fatto a domicilio* od *in locale apposito* (ospedale per contagiosi, reparto infettivi di ospedali comuni ecc.). L'*isolamento a domicilio* può essere *fiduciario*, cioè affidato alle cure dei famigliari che assistono l'infermo, ai quali saranno date tutte le istruzioni perchè l'isolamento stesso sia, per quanto è possibile, efficace; oppure può esser fatto con *piantonamento* a mezzo di incaricati comunali, (guardie comunali, eventualmente personale militare o militarizzato), che dovranno ricevere ordini tassativi, ed esigere da parte di chichessia il rispetto assoluto dei medesimi. In questi casi, coll'isolamento domiciliare, dovrà organizzarsi il servizio di assistenza e di vettovagliamento. L'*isolamento in locale apposito* si fa trasportando l'infermo in questo locale, mentre le persone sospette di aver avuto contatto con esso, potranno, se occorre, essere isolate in altro modo.

È bene, infatti, avvertire subito che, almeno per alcune malattie gravi e diffusive, quando si parla di *isolamento*, si deve intendere l'isolamento, oltre che dell'ammalato, anche delle persone sospette di poter trasmettere la malattia (familiari, conviventi od altri che abbiano avuto rapporti col malato), ossia ciò che, più propriamente, si chiama la *contumacia*. Anche la contumacia può farsi a domicilio, fiduciaria o con piantonamento, od in locale apposito (*locale contumaciale*).

In quali casi si dovrà applicare l'una o l'altra forma di isolamento? Di regola l'isolamento in locali appositi si riserva alle malattie esotiche ed al vaiuolo, e per queste si farà il possibile per adottarlo alla prima manifestazione della malattia; ma anche per altre forme morbose (scarlattina, difterite, febbre tifoide, ecc.), quando assumono particolare gravità epidemica, sarà necessario far funzionare reparti ospedalieri o altri locali d'isolamento. In questa materia, però, è difficile stabilire una norma teorica generale, ed il criterio del caso per caso, prudentemente applicato, guiderà l'ufficiale sanitario, conscio della propria responsabi-

lità, nella risoluzione dei singoli problemi profilattici. Elementi importanti di valutazione saranno le condizioni della località e dell'ambiente, nel quale si è verificata la manifestazione infettiva, il grado di cultura igienica dei familiari dell'infermo, ecc.

Per esempio un primo caso di vaiuolo in una abitazione isolata in campagna, può riescire più opportuno isolarlo col piantonamento a domicilio, che non trasportandolo nel locale di isolamento, il quale talvolta, nei Comuni rurali, è notevolmente distante od offre difficoltà di funzionamento. Viceversa un caso scoppiato in un nucleo di popolazione povera, densamente abitato, in deficienti condizioni igieniche ambientali, e che non offre garanzia di efficace isolamento domiciliare, dovrà essere allontanato a qualunque costo, sia pure improvvisando un locale d'isolamento di fortuna o ricorrendo a locali di Comuni vicini.

In molte circostanze una decisione illuminata, prontamente messa in esecuzione, può salvare una collettività da un'epidemia e, per contro, una titubanza od un errore, possono permettere il dilagare del contagio.

In caso di necessità assoluta ed urgente della tutela della salute pubblica (impianto di locali d'isolamento, di contumacia, di disinfezione, ecc.) l'Autorità ha facoltà di occupare proprietà private (art. 127 del T. U. delle leggi sanitarie e art. 65 del R. decreto 30 dic. 1923, n. 2889). E' opportuno ricordare che l'art. 66 del citato decreto permette anche all'Autorità comunale, su proposta dell'ufficiale sanitario, quando si sia manifestata una malattia a carattere epidemico, di imporre a qualsiasi cittadino, nell'interesse dei servizi di difesa contro le malattie, prestazioni conformi alla sua condizione, arte o professione. L'ufficiale sanitario, se e quando ne riconosca l'assoluto e urgente bisogno, non deve esitare a proporre al Podestà di valersi delle facoltà che la legge gli concede in materia, come, ben inteso, di quella di disporre l'isolamento dei malati e delle persone che con essi hanno avuto contatto, a norma dell'art. 134 del Regolamento generale sanitario. A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Trattamento della vitiligine. — Al dott. E. L. da Villalago:

Non si conoscono mezzi di sicura efficacia contro la vitiligine. Localmente si può tentare l'applicazione di sostanze irritanti (crisarobina, carte senapate) nello scopo di provocare una reazione cutanea con successiva pigmentazione. Alcuni vantano risultati incoraggianti con la lampada di quarzo, ma si tratta sempre di metodi con azione incerta dai quali è bene non attendersi grandi risultati.

Quando l'alterazione pigmentaria fosse in rapporto con la lue, è naturalmente indicata una cura specifica e così pure, ove si sospetti l'influenza di disendocrinie (ovaio, surrene), si può tentare l'uso di adatti preparati opoterapici.

V. MONTESANO.

Al dott. E. D. F. da S. Massimo:

Possiamo consigliare: MONTESANO V., *Manuale di malattie cutanee.* Voll. 2. Roma, Pozzi, ed., 1927-1929.

FONTANA A. *Sifilide e malattie veneree.* Unione Tipografico-Editrice Torinese 1928.

A. P.

VARIA.

La determinazione del sesso.

Uno dei problemi più interessanti della biologia è quello riguardante la determinazione del sesso. Quando è che il sesso della prole si stabilisce definitivamente? Quanto tempo un uovo può restare allo stato indefinito capace di svilupparsi in maschio o in femmina? Il sesso è prestabilito o non prima della fecondazione? Quale è la parte che hanno gli spermatozoi nello sviluppo dell'embrione in un senso o in un altro? L'embrione possiede la potenzialità dei due sessi? Ecco una serie di domande alle quali si è tentato di rispondere basandosi su studi statistici, citologici e sperimentali.

Le teorie emesse al riguardo sono innumerevoli e purtroppo in gran parte discordanti. Esse possono così raggrupparsi.

1) L'ambiente può influire sulla prole sessualmente indeterminata anche dopo la fecondazione concorrendo almeno in parte nella determinazione del sesso.

Si è trovato che la proporzione dei due sessi in larve che rimangono per alcun tempo sessualmente indifferenziate può variare in vario tempo sottoponendo le larve stesse all'azione del caldo o del freddo o alimentandole in vario modo.

Le esperienze istituite al riguardo non sono concordanti al punto di fare accettare senz'altro queste conclusioni, che sono suscettibili di critica in quanto non si è tenuto conto delle differenze di mortalità nei due sessi per azione delle variazioni ambientali. La sproporzione fra il numero dei maschi e delle femmine può essere dovuta alla loro diversa resistenza agli agenti esterni.

2) Il sesso è indeterminato fino al momento nel quale le cellule germinali s'uniscono per la fecondazione, in seguito alla quale il sesso è deciso dalle condizioni relative delle due cellule o dalla messa in equilibrio delle loro tendenze, senza che lo spermatozoo o l'uovo abbiano isolatamente un'influenza decisiva al riguardo.

Secondo questa teoria la determinazione del sesso sarebbe dipendente sopra tutto dall'età dei genitori. Hofacker e Sadler in base a dati statistici conclusero che quando il padre è più anziano la prole è prevalentemente maschia e viceversa.

Successivi studi di Girou e Starkweathe avrebbero dimostrato che il sesso della prole tende ad essere quello del genitore più vigoroso.

Viceversa Van Linit sostiene che la prole ha il sesso del genitore sessualmente più debole, o meglio del genitore le cui cellule sessuali sono relativamente più deboli al momento della fecondazione.

Se un uovo relativamente debole è fecondato da uno spermatozoo relativamente forte, l'embrione sarà femmina ma il suo corpo ricorderà quello del padre.

Thury ritiene che l'uovo più fresco ossia fecondato poco dopo l'ovulazione produce una femmina. Hertwig e Kuschakewitsch hanno sperimentalmente dimostrato che le uova ipermature danno esclusivamente maschi.

In effetti tutte queste teorie hanno tutte debole base scientifica.

Schultz ha potuto accertare che le proporzioni dei sessi nei topi non sono affatto influenzate dall'età, dal vigore apparente, dalle unioni consanguinee, dalle ripetizioni delle concezioni e del genere di alimentazione dei genitori.

3) Il sesso è stabilito ad uno stadio precocissimo dalla costituzione stessa delle cellule germinali, ossia vi sono cellule produttrici di maschi e cellule produttrici di femmine, costituzionalmente predeterminate fin dall'inizio.

Questa teoria, che esclude le due precedenti, si suddivide in altre due: quella per la quale vi sono due specie di uova, che danno maschi o femmine, senza che lo spermatozoo intervenga nella determinazione del sesso; e quella per la quale le uova sarebbero indifferenti e si svilupperebbero in individui maschi o femmine a seconda della natura dello spermatozoo.

Ambo le conclusioni sono state suffragate da diligenti studi citologici, che hanno messo in evidenza differenze strutturali nelle cellule germinali.

La teoria che nei vertebrati uno dei testicoli dia spermatozoi produttori di maschi e l'altro spermatozoi produttori di femmine è insostenibile, essendo risaputo che gli individui privati di un testicolo procreano figli d'ambo i sessi.

4) Secondo alcuni autori la mascolinità e la femminilità sono caratteri menxaliani nel senso che i due sessi sono gli ibridi di sesso o eterozigoti, o che il maschio è solo l'eterozigote e la femmina il monozigote recessivo o viceversa.

5) Influenze funzionali e ambientali operanti attraverso i corpi dei genitori possono modificare la proporzione delle cellule germinali produttrici di femmine e produttrici di maschi.

Questa teoria riguarda sopratutto l'alimentazione. Supponendo che le cellule germinali siano costituzionalmente indifferenti o che siano in egual numero produttrici di maschi e di femmine, le condizioni dell'alimentazione possono agire favorendo lo sviluppo delle cellule germinali di uno dei due sessi o decidendo il destino di cellule sessualmente indifferenti.

Alcuni hanno voluto dedurre da statistiche umane la conclusione che l'alimentazione abbondante favorisca la produzione di prole femminile. Ma altre statistiche proverebbero il contrario. Senza dire che le differenze riscontrate potrebbero attribuirsi ad altri fattori come la differenza di mortalità nei bambini di sesso diverso ed alla diversità età nella quale avvengono i matrimoni nelle classi ricche ed in quelle povere.

Tuttavia le esperienze di Heape fatte su gli uccelli e su i mammiferi tenderebbero a dimostrare che attraverso il nutrimento fornito all'ovaio sia per quantità che per qualità, sia per effetto diretto che indiretto, si produce una variazione nella proporzione dei sessi delle uova e quindi dei figli.

Russo trattando coniglie con iniezioni di lecitina (soluzione al 15-20% in olio di vaselina) notò ingrossamento della ovaia, dei follicoli di Graaf, uova ricche di materie nutritive ed un numero eccezionale di prole femmina. Lo spermatozoo di conigli sottoposti allo stesso trattamento accentuerebbe la tendenza dell'uovo, perchè la prole femminile derivante da animali così trattati sarebbe ancora in maggior proporzione.

Queste esperienze ripetute da Basile e da Punnet avrebbero dato esito negativo.

La maggioranza degli autori tende ad attribuire all'alimentazione abbondante la capacità di mettere le uova in condizione di produrre femmine.

Le uova in fase anabolica sarebbero femmine e quelle in fase catabolica maschie.

Questa opinione quantunque suffragata da numerose esperienze, non è condivisa da molti autori ai quali le stesse esperienze non avrebbero dati i medesimi risultati.

L'esposizione di tutte queste teorie prova unicamente che siamo ancora ben lontani dal conoscere il meccanismo che regola la determinazione del sesso e tanto meno i mezzi atti a variare artificialmente le proporzioni dei sessi.

Come la maggior parte dei fenomeni biologici si tratta di un fenomeno di estrema complessità e delicatezza che sfugge alla nostra conoscenza e ad influenze artificiose.

In fondo la differenzazione del sesso non è che l'espressione del ritmo che governa tutti i fenomeni della vita e che ha la finalità di garentire la perpetuazione della specie.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'Istituto di Sanità Pubblica.

E' in via di realizzazione: ne è stato approvato il progetto di massima, ed è in corso d'elaborazione il progetto esecutivo, cui attende l'Ufficio tecnico della Direzione Generale della Sanità Pubblica; si prevede che fra tre anni al più tardi il nuovo Ente sarà ultimato ed entrerà in funzione.

Per meglio studiarne e definirne la progettazione nell'insieme e nei particolari, una Commissione, nominata dalla Sanità Pubblica e posta sotto la presidenza del prof. Canalis, si è recata l'anno scorso in America e quest'anno in Ungheria, a prendere in esame alcuni Enti similari. Si è così concretato un programma organico che, tradotto in pratica, renderà l'Istituto italiano uno dei più efficienti.

Numerosi servizi, tra loro coordinati e collegati, funzioneranno nei suoi vasti locali e l'igiene e la sanità pubblica non potranno che trarne benefici cospicui.

La Fondazione Rockefeller — che si è data la nobile missione di promuovere l'igiene presso tutti i popoli e che, a tale scopo, ha fatto elargizioni ingentissime a molti Paesi — in seguito a pratiche avviate e condotte dalla nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica, con l'approvazione del Capo del Governo, ha messo a disposizione circa 15 milioni di lire per l'erigendo Istituto: di essi 12 sono destinati all'edificio e il resto ad arredarlo e attrezzarlo. Non è escluso che, qualora emerga l'utilità d'ingrandirlo o di arricchirlo, potranno essere stabilite ulteriori assegnazioni.

Grazie a questo generoso concorso, l'iniziativa della Direzione Generale della Sanità è stata grandemente facilitata; ma la Fondazione Rockefeller non assume alcuna ingerenza nella progettazione, nell'esecuzione e nel funzionamento.

Disporremo, dunque, di un Istituto prettamente italiano, il quale sorgerà su di una vasta area concessa dal Demanio Statale, della superficie di oltre un ettaro e mezzo, nelle immediate vicinanze del Policlinico Umberto I°, tra gli Istituti universitari della Facoltà di Medicina.

L'Istituto funzionerà alla diretta dipendenza del Ministero dell'Interno e verrà a rappresentare un moderno attrezzamento a disposizione della Direzione Generale della Sanità Pubblica, la quale avrà in esso un organo utilissimo, per attendere ai propri compiti, che divengono immancabilmente sempre più vasti, di igiene, di assistenza e di profilassi sociale.

L'impianto sarà compiuto con modernità di vedute, in armonia con le nuove esigenze ed i nuovi sviluppi dell'igiene pratica, ai fini precipui del miglioramento delle condizioni di vita, della prevenzione delle malattie in genere, della lotta contro quelle a carattere sociale in specie, di tutte le provvidenze di tutela igienico-sociale per l'integrità fisica della razza.

Uno dei compiti che l'Istituto si prefigge è la costituzione di una Scuola di preparazione per gli igienisti, a carattere essenzialmente pratico e con finalità definite e ben distinte da quelle degli Istituti Universitari.

Detta Scuola varrà a educare e addestrare il personale tecnico da adibire alle mansioni ed ai servizi di igiene e sanità pubblica, alle dipendenze dello Stato, delle provincie e dei comuni. Potrà così ottenersi una eletta e bene preparata falange di igienisti, batteriologi, chimici, ingegneri sanitari, epidemiologisti, nonchè di personale assistenziale e ausiliario, la cui utilità è generalmente riconosciuta.

Non si tratta, come potrebbe apparire alla prima, della semplice ricostituzione della Scuola di perfezionamento in Igiene, fondata nel 1889 da Francesco Crispi e da Luigi Pagliani e che fu una vera fucina di esperti igienisti, i quali attesero al rinnovamento igienico della Nazione (cui mirava la prima legge organica sulla tutela della Sanità Pubblica, promulgata nel 1888). Sorgerà — invece — un'istituzione più completa ed organica, di cui era molto sentito il bisogno: in tal senso erano stati formulati ripetuti voti nei Congressi italiani d'igiene, particolarmente in quello tenuto a Roma dall'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene nel 1927.

Nell'Istituto si trasferiranno gli attuali Laboratori della Sanità Pubblica (batteriologico e micrografico, chimico e fisico), e per essi è prevista una maggiore disponibilità di ambienti e un attrezzamento più moderno e completo dell'attuale; a tale scopo, alcuni tecnici delegati dal Ministero dell'Interno stanno esaminando all'Estero i più reputati e moderni impianti del genere, per modo che anche nei dettagli il nuovo Istituto possa rappresentare un modello.

L'Istituto Italiano di Sanità Pubblica sarà in grado di affrontare anche problemi scientifici, con finalità pratiche. Esso comprenderà varie sezioni: chimica; fisica applicata all'igiene; microscopia e batteriologia; ingegneria sanitaria; epidemiologia; statistica sanitaria. Vi sarà inoltre un reparto per la propaganda popolare, un museo didattico, una biblioteca.

Viene anche considerato l'impianto di una sezione di fisiologia, che attenderà allo studio

dell'alimentazione; e di una sezione per lo studio della tubercolosi quale malattia sociale.

Nell'edifizio dell'Istituto verrà sistemata la Stazione sperimentale per la lotta contro la malaria, e potrà trovare sede, con funzione autonoma, la Scuola superiore di malariologia.

La funzione dell'Istituto verrà ad essere collegata con altre istituzioni, già alla dipendenza della Sanità Pubblica, quali l'Istituto fisioterapico di S. Maria e S. Gallicano, il laboratorio di Stato per le sostanze radioattive (conservazione, taratura, produzione delle emanazioni), l'Istituto per il cancro, che sta sorgendo nella zona degli istituti scientifici universitari.

Il nuovo Istituto di Sanità verrà, dunque, ad avere una configurazione abbastanza netta, con compiti precisi e definiti, suscettibili di ulteriori sviluppi qualora se ne presentino l'opportunità o il bisogno. Costituirà un organismo operante ed attivo.

Si tratta di una riforma completa e ricostruttrice. In apparenza essa è relativamente modesta; ma per l'impostazione e per l'organicità con cui viene attuata, ci sembra destinata ad esercitare un'influenza notevole sullo sviluppo dei nostri servizi sanitari.

E' certo che gl'incessanti progressi compiuti nel campo sociale, scientifico e tecnico, portano a far estendere sempre più le funzioni della Sanità Pubblica. Di fronte a questo crescente sviluppo, i compiti dell'Istituto possono sembrare ristretti. Ma sono anche fondamentali, poichè esso educherà il personale, che è l'organo più indispensabile di ogni funzione sociale.

Forse non si è lontani dal vero nel considerare la fondazione dell'Istituto di Sanità come l'inizio, per noi, di una nuova èra sanitaria: a condizione tuttavia che esso risulti efficiente. Ci sembra destinato ad accrescere il prestigio e l'utilità sociale della Sanità Pubblica, la quale è ormai matura per una più vasta azione; ed indubbiamente il nuovo personale esperto, che verrà gradatamente educato nell'Istituto, avrà non poca parte in quest'azione di rinnovamento igienico-sanitario, che si risolverà in un benefizio ingente per la Nazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACERNO (*Salerno*). — Scad. 30 nov.; L. 6700 e 4 quadrienni dec.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Cercasi assistente effettivo per il reparto chirurgico. Nomina biennale. Stipendio L. 4400 annue lorde, oltre L. 13 al giorno lorde per il vitto; alloggio; qualche incerto. Inviare *curriculum vitae* e chiedere informazioni alla Direzione dell'Ospedale Civile.

APIRO (*Macerata*). — Scad. 31 ott.; due condotte; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., 3 quadrienni dec.; riconoscim. 1 quadriennio anter.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

BASSIGNANA (*Alessandria*). — Scad. 31 ott.; lire 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 700 uff. san., L. 500-1000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 30.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Scad. 31 ott. Primario direttore dei Gabinetti di Fisioterapia.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico aiuto in medicina generale; titoli ed eventualm. esami; lire 4700; scad. ore 15 del 25 ott.; età lim. 37 a. al 20 sett.; biennio di prova; titoli non anter. al 1° ag.; tassa L. 50.

CARPI. *Ospedale B. Ramazzini.* — Scad. 31 ott. Medico chir. aiuto; L. 7500 oltre c.-v., quota integrativa 10 % stipendio, 10 % atti operativi su paganti; età massima a. 35 non compiuti; classifica esami di laurea.

CASTEL D'ARGILE (*Bologna*). — Scad. 25 ott.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500-2000-3000 trasp., L. 500 uff. san., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CHIARI (*Brescia*). *Spedale Mellini.* — Medico primario; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50 al tesoriere dell'Ospedale; lire 10.000 e c.-v.; chied. annunzio.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 nov.; ufficiali sanitari per 2 consorzi; titoli ed esami; L. 14.000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 2000 visite, rimborso spese di trasporto ecc. Età lim. 45 a.

FALCADE (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 1000 bicicl., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LEYNI (*Torino*). — Scad. 10 dic.; L. 8000 oltre L. 1000 trasp.

MEZZENIRE (*Torino*). — A tutto 30 nov.; L. 9000 oltre L. 700 uff. san. e L. 1800 trasp.; aumenti periodici.

NOVELLARO (*Reggio Em.*). — Scad. 30 nov., 1ª condotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500 trasp., L. 500 ambulat., età lim. 35 a.; tassa L. 50.

OLMEDO (*Sassari*). — Scad. 31 ott.; L. 9500 oltre L. 800 uff. san., L. 1000 arm. farm., c.-v. se coniugato; tassa L. 50.

PENNE (*Pescara*). — Scad. 30 nov.; L. 6500 e 10 bienni ventes., se uff. san. L. 500, trasp. L. 2400; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Primario di ginecologia ed ostetricia; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre due c.-v. di cui uno di L. 1500, partecipaz. ecc.; biennio di esperimento; scad. ore 18 del 31 dic.; tassa L. 50,20 all'esattore-tesoriere; doc. anter. al 15 sett.; titoli. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministraz. (via De Amicis 31).

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Cinque primari medici ed uno dirigente di Laboratorio patologico; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 25 sett.; L. 7800 e c.-v.; tassa L. 50. Scad. ore 16 del 15 nov. Chiedere bando alla Segreteria Generale (Palazzo S. Spirito).

ROMETTA (*Messina*). — Scad. ore 12 del 20 ott.; 2 condotte; L. 9000 oltre L. 2000 cavalc.

S. LEUCIO DEL SANNIO (*Benevento*). — Scad. 10 dic.; L. 7000 oltre L. 1000 cavalc., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 6 dic.: medico di campagna; resid. nel capoluogo; L. 8000 e c.-v., oltre L. 3000 trasp., 3 sessenni dec.

S. NICOLA DA CRISSA (*Catanzaro*). — Scad. 8 dic.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; certificato dei punti se non risultano dalla laurea; tessera P. N. F., se in possesso.

SGURGOLA (*Frosinone*). — Scad. 31 ott.; L. 10.500 per 1000 iscritti; addizionali di L. 4 e L. 5; per uff. san. L. 400; 5 quadrienni dec.; doc. a 3 mesi dal 20 sett.

TORTORICI (*Messina*). — Scad. 25 ott.; L. 8000 oltre L. 2000 trasp. e L. 500 uff. san.

VILLANOVA MONTELEONE (*Sassari*). — Scad. 19 ott.; per Putifigari; L. 10.200; tassa L. 50,05.

CONCORSI A PREMI.

Premio Di Vestea.

La R. Università di Pisa indice il concorso al premio triennale Alfonso di Vestea di L. 1000 fra i laureati da non oltre 3 anni in quella Università, per la migliore monografia in tema d'infortuni sul lavoro con riguardo speciale alla profilassi. Scadenza 31 dicembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito alla morte del compianto prof. Ugolini, il presidente del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma, ha deliberato di nominare, a decorrere dal 1° ottobre, il prof. Pietro Chiarini, vice-direttore sanitario dell'Ospedale a S. Giovanni in Laterano e dell'Ospizio Umberto I e primario medico, a direttore sanitario dell'Ospedale ed Ospizio suddetti.

In pari tempo ha incaricato il prof. Gaetano Laurenti, medico primario dell'Ospizio Umberto I, delle funzioni di vice-direttore sanitario, tanto dell'Ospedale del SS. Salvatore di San Giovanni al Laterano, quanto dell'Ospizio Umberto I.

Alla cattedra di fisiologia di Basilea è nominato il prof. Vezzar.

Il prof. Leon Ascher, direttore dell'Istituto fisiologico di Berna, è nominato rettore dell'Università per l'anno scolastico 1930-31.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di patologia comparata.

Avrà luogo a Parigi dal 14 al 18 ottobre 1931; il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. C. Achard. Gli argomenti all'ordine del giorno saranno: le brucellosi umane e animali, il latte come agente patogeno, le carenze minerali, il cancro, la psittacosi, gli ultra-virus, l'anafilassi. Tassa d'iscrizione 100 fr. francesi. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. Grollet, rue Gustave-Nadaud 7, Paris (XVIe), Francia.

2° Convegno nazionale della Società italiana di anatomia.

Dal 4 al 6 ottobre si è tenuto a Firenze il secondo Convegno nazionale della Società italiana di anatomia. All'inaugurazione, dopo un breve saluto del rettore dell'Università, prof. Burci, prese subito la parola il prof. Terni di Padova, il quale svolse una relazione sulla « moderna morfologia del sistema nervoso autonomo simpatico ». Furono anche fatte altre importanti relazioni sugli studi anatomici e sui rapporti con le discipline medico-chirurgiche, nonchè notevoli comunicazioni. Ebbero luogo interessanti dimostrazioni di preparati.

7° Congresso italiano di oftalmologia.

Nei giorni 22-24 ottobre si terrà nei locali della R. Clinica Oculistica di Roma l'annuale « Congresso della Società Italiana di Oftalmologia », sotto la presidenza del prof. Giuseppe Ovio, direttore della Clinica.

9° Congresso italiano di Medicina del Lavoro.

Si terrà a Roma nei giorni 16-17 ottobre, presso l'Istituto di Patologia Medica al Policlinico.

Il tema di relazione è: « Malattie dell'apparecchio respiratorio da polveri »; relatori sono: il prof. Scipione Caccuri (etiologia e patogenesi), il prof. Ezio Coppa (clinica) ed il dott. Mario Sgambati (radiologia).

Le adesioni si ricevono presso l'Istituto di Medicina del Lavoro di Napoli, via Filangieri a Chiaia 72; la tassa di iscrizione al Congresso è costituita per i soci della Società di Medicina del Lavoro dal versamento della quota sociale di L. 50, qualora non sia stata ancora versata; per i non soci la quota è di L. 25.

11° Congresso internazionale di veterinaria.

Si è svolto nel decorso agosto a Londra e vi sono state fatte importanti relazioni e comunicazioni, di cui non poche interessano la medicina umana, come i rapporti tra febbre melitense e aborto epizootico, la vaccinazione antitubercolare, la vigilanza sulla carne e sul latte. Gli italiani hanno avuto molta parte nei lavori; tra i relatori erano i proff. Alberto Ascoli, Finzi, Pirocchi, ecc.

9° Congresso rumeno di oto-rino-laringologia.

Si terrà a Bucarest nei giorni 25 e 26 ottobre, sotto la presidenza del dott. Costinin; tema unico in discussione è « La radiografia in oto-rino-laringologia », affidato al prof. I. Tetu e ai dottori Jovin e Andreescu. Segretario generale del Congresso è il dott. Lazar Mayersohn, Mosilor 81, Bucaresti I, Romania.

7° Congresso spagnolo di tisiologia.

Si terrà a Burdeos dal 30 maggio al 2 giugno 1931. Temi: « Il problema della lisi del bacillo tubercolare »; « La diagnosi di attività della tubercolosi »; « Come rendere accessibile ai tubercolotici il trattamento pneumotoracico nell'ospedale, nel sanatorio-ospedale, nel sanatorio e nel dispensario? ». Per informazioni rivolgersi al dott. F. Coca, Apartado 290, Madrid, Spagna.

9° Congresso pan-russo di ginecologia.

Si adunerà nell'autunno del 1931. Temi di relazioni: « Gravidanza ectopica »; « L'aborto provocato come fonte d'infezione per la madre »; « Profilassi del cancro uterino »; « Stato dell'ostetricia in Russia e piano generale di protezione alla maternità e all'infanzia ». Inoltre si discuterà, fuori relazione, il tema: « Compito dei sistemi neurovegetativo ed endocrino nella patologia muliebre ». I ginecologi italiani che volessero assistere al convegno possono scrivere allo: « Istituto Scientifico della Protezione alla Maternità e all'Infanzia », Toujik 3, Mosca, Russia.

2° Congresso degli oftalmologi russi.

È indetto a Kiew per il giugno 1931. Temi: « L'orientazione profilattica in oftalmologia »; « La neuropatologia dell'occhio »; « La preparazione degli oftalmologi »; « I problemi della refrazione »; « La profilassi e il trattamento delle affezioni della cornea ».

L'assistenza sanitaria ai combattenti di Roma e provincia.

In occasione del Congresso Provinciale della Federazione Combattenti di Roma è stata pubblicata la Relazione sul Servizio Sanitario svolto a favore dei combattenti regolarmente tesserati nella Sezione di Roma e nelle Sezioni della Provincia.

La Relazione è stata redatta dal dirigente il Servizio Sanitario della Federazione, dott. prof. Moisè Pagliaro, ed è un'ampia, documentata dimostrazione dei larghi benefici di cui possono usufruire i combattenti della Capitale e della Provincia.

Oltre trecento sono state le visite gratuite passate presso l'ambulatorio del dirigente il Servizio prof. Pagliaro, in via Marsala 8, ove i combattenti possono essere visitati senza alcuna spesa, sulla sola presentazione della tessera annuale dell'Associazione. Quanto mai numerose sono state inoltre le visite passate presso i vari specialisti, valorosi professionisti quasi tutti ex-combattenti, che costituiscono il Corpo Sanitario a disposizione della benemerita Federazione e Sezione Romana Combattenti, al cui presidente, medaglia d'oro Ulderico De Cesaris, spetta il merito di aver saputo organizzare tale importante e benefico servizio sanitario, tanto largamente e giustamente apprezzato dalla grande famiglia degli ex-combattenti romani e laziali.

Ospedale psichiatrio a Genova.

Il Preside della Provincia di Genova ha sottoposto al Rettorato provinciale il progetto e gli atti di appalto delle nuove importanti costruzioni che la Provincia intende far sorgere nell'ospedale psichiatrico di Cogoleto, al fine di dare organica e definitiva sistemazione alle parecchie centinaia di maniaci cronici che dovranno a breve scadenza lasciare liberi alcuni reparti dell'Istituto di Genova Quarto. A questo istituto sarà riservata la esclusiva funzione ospedaliera per sgomberare il vecchio ricovero genovese di Paverano che dovrà essere soppresso.

Il costo complessivo dei nuovi padiglioni di Cogoleto, che dovranno aver una capienza totale di 450 ricoverati, è preventivato in cinque milioni e seicentomila lire.

Istituto della nutrizione in Argentina.

È stato creato a Buenos Aires un « Istituto Nazionale della nutrizione », diretto dal clinico medico prof. Pedro Escudero, specialista del diabete e delle altre malattie del ricambio. Ha per scopo lo studio e la cura di queste malattie.

All'Istituto è annesso un refettorio, in cui l'assistenza medica al malato verrà integrata sorvegliandone l'alimentazione.

Vi è anche annesso un centro di rieducazione professionale, per adattare il lavoro del malato o del convalescente alle sue nuove condizioni fisiche.

Una fondazione Rockefeller per lo studio della febbre ondulante.

La Commissione Rockefeller ha scelto la Francia per installarvi un'istituzione la cui necessità è dimostrata dalla gravissima minaccia che fa pesare sul mondo intiero la rapida propagazione della febbre ondulante, minaccia aggravata dai rapporti con l'aborto epizootico.

Il dott. Taylor, della Fondazione Rockefeller in Francia, aveva proposto al prof. Marcel Lisbonne di creare a Montpellier questo centro, alla sola condizione, che i laboratori dovessero essere aperti ai ricercatori stranieri, specialmente agli americani, i cui paesi sono infestati dalla febbre ondulante.

L'offerta è stata accettata dal prof. Lisbonne a nome dell'Istituto Bouisson-Bertrand. Per un accordo comune tra i ministri dell'istruzione pubblica e della salute pubblica della Francia, è stato deciso che l'Istituto suddetto sarebbe d'ora innanzi incaricato di accentrare tutti gli studi e tutte le questioni concernenti la febbre ondulante. Lo stabularium sarà in un vasto locale, situato sotto i tetti e che sarà disposto in modo tale da poter isolare gli animali contaminati che vi saranno accolti: una quindicina di capre e una o due vacche, per ora. Il personale addetto al centro di studi comprenderà: un direttore, un veterinario pratico delle analisi batteriologiche, un aiuto di laboratorio e un addetto allo stabularium. D'altra parte, una missione epidemiologica, diretta dal dott. Hazeman, assistito da un veterinario, da aiuti e da un segretario personale; sarà incaricata di procedere su tutto il territorio francese a inchieste sulle epidemie di febbre ondulante che le verranno segnalate. L'insieme di queste diverse istituzioni costerà annualmente la somma di 250.000 franchi, intieramente sopportata dalla fondazione americana.

Gli studiosi, i medici francesi o stranieri avranno piena libertà di recarsi a lavorare all'Istituto

di Montpellier e di apportare il concorso delle loro conoscenze a quelle del personale dello stabilimento.

Per il siero di convalescenti di paralisi infantile.

Il Ministro dell'Interno ha nominato una Commissione presso la Direzione di Sanità perchè studi il metodo di raccolta e di conservazione del siero di convalescenti di morbillo, scarlattina, paralisi infantile.

L'on. E. Fioretti, Segretario Nazionale del Sindacato Medici, ha emanata una circolare a tutti i Segretari dei Sindacati Medici provinciali, invitando alla stretta collaborazione con gli istituendi centri di raccolta di detti sieri.

Igiene rurale negli Stati Uniti.

Negli Stati Uniti il numero dei distretti rurali nei quali i servizi igienici sono affidati a sanitari che non possono avere altre occupazioni (a tutto servizio), sono aumentati da 109 nel 1920 a 505 nel 1930: ossia sono quasi quintuplicati in poco più di un decennio.

Pro igiene infantile a New York.

Ha cominciato a funzionare la Fondazione Hecker « Pro Igiene infantile » di New York, il cui compito è di prevenire le malattie o di scoprirle all'inizio, curarle tempestivamente e precisare i programmi della medicina preventiva. L'Istituzione assiste già più di 5000 bambini. È in progetto l'apertura di filiali in varie parti degli Stati Uniti.

Propaganda igienica nel Messico.

La Sezione di Propaganda e di Educazione del Dipartimento di Sanità Pubblica del Messico ha diffuso una serie di pubblicazioni brevi e pratiche. Riportiamo i titoli di alcune: « La salute pericola nei veicoli »; « Il certificato sanitario prenuziale è garanzia di felicità nel matrimonio »; « I bambini sono l'avvenire della Nazione »; « L'uso dei narcotici apre la via alla demenza »; « L'alcoolismo, veleno sociale »; ecc. Ha anche distribuito largamente una serie di cartelli a colori, che rispondono ai fini della propaganda; recano i titoli: « Zanzare »; « Le mosche infettano la casa »; ecc.

Premi dell'Accademia Imperiale del Giappone.

Tra un gruppo di premiati recentemente dall'Accademia Imperiale del Giappone, è un solo rappresentante della famiglia medica, il dott. Buntaro Adachi, professore emerito di anatomia all'Università di Kyoto, per i suoi studi trentennali sul sistema arterioso nei giapponesi.

L'Accademia ha assegnato, durante l'anno scorso, 43.000 yen per incoraggiamenti a studiosi, tra i quali, figurano 12 medici.

Al Parlamento giapponese.

Alle ultime elezioni per la Camera bassa del parlamento nipponico, sono risultati 14 medici e un dentista. Tra i medici ha raggiunto la 6ª legislatura il dott. Tsuchiya, redattore della « Japan Medical World ».

La peste bubbonica in Manciuria.

La peste bubbonica è scoppiata nel nord della Manciuria e malgrado una pronta offensiva sanitaria, essa si estende rapidamente nella direzione di Tsitsikar. Ogni dieci anni una simile epidemia suole scoppiare nella regione, nonostante lo studio indefesso dei rappresentanti del Comitato sanitario della Società delle Nazioni che non sono riusciti a scoprirne le cause. Dopo i primi casi del flagello la paura ha invaso la popolazione che fugge i luoghi colpiti. Le autorità hanno tagliato le ferrovie per impedire che gli altri fuggano i luoghi colpiti.

Casi di peste ad Orano.

Sono stati segnalati alcuni casi di peste ad Orano (Algeria), onde il porto è stato chiuso; le navi che d'ordinario vi facevano carbone si recheranno a Bona.

Il prof. Döderlein.

In occasione del 70° compleanno, sono state rese imponenti onoranze al prof. Albert Döderlein, direttore della 2ª Clinica ostetrico-ginecologica di Monaco.

Nel Döderlein si compendiano il clinico perspicace, l'investigatore intelligente, il maestro di rara efficacia. Egli ha creato la scuola bavarese di ginecologia, che vanta i nomi di Weber, Saenger, Nürnberger, ecc.

I suoi lavori sulla flora batterica vaginale e sulle infezioni puerperali sono classici; ma merita di essere ricordato anche il valore del D. come chirurgo: egli ha proposto tecniche originali di pubiotomia, e di cesarea extraperitoneale, modificazioni della via vaginale, un basiotribo, ecc. Le sue opere didattiche hanno avuto largo successo, e sono state quasi tutte tradotte; menzioniamo il Manuale di ostetricia pratica, il Corso di operazioni sul fantoccio ostetrico, le Operazioni mutilanti sul feto, la Ginecologia operatoria (in collaborazione con Krönig). Non si contano le sue memorie scientifiche.

In occasione delle onoranze, gli sono state offerte varie pubblicazioni giubilari, un ritratto ad olio, alcuni diplomi di membro d'onore di Società scientifiche ed un grammo e mezzo di radio, del valore di un milione e mezzo di lire it., con cui verrà fondato un Istituto actinologico, intestato al suo nome.

A soli 37 anni veniva stroncata l'esistenza del prof. GIULIO GIANTURCO, da un'infezione gravissima, che aveva colpito successivamente i figli, la moglie, la cognata, tutti da lui curati con abnegazione e tutti salvatisi.

Era docente in patologia chirurgica e si preparava a cimentarsi per la cattedra universitaria. Viveva a Potenza, dove egli aveva fondato una Policlinica intitolata alla compianta madre Remigia Gianturco, e vi spiegava un'intensa attività professionale.

Coprì la carica di presidente dell'Ordine dei Medici e di segretario politico della provincia.

In guerra, come ufficiale medico, fu coi bersaglieri a Col di Lana, con la Marina sul Basso Piave, sempre in prima linea. Dopo il terremoto del Vulture si prodigò, con i suoi collaboratori, nel soccorrere i feriti.

Era figlio del grande giurista Emmanuele.

Di recente abbiamo dato notizia di una distinzione conseguita dal fratello Cesare.

B.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Sud. Amér. de Méd. et Chir., giugno. — ESCUDERO e LANDABUSE. La prova del gono-yatren nella diagnosi di artropatia. — F. ESPOSEL. Studio psichiatrico di un profeta.

Amer. Jl. Med. Sc., ag. — I. STARR. Il piede nel diabete — A. F. COBUNN. Chetosi diabetica e insufficienza renale funzionale. — R. FITZ. La tbc. nei diabetici. — B. M. BALYEAE e F. L. BRITTAIN. Emicrania allergica. — J. J. LEEMANN. Inutilità del trattam. alcalino nel coma diabet.

Med. Klinik, 15 ag. — R. SCHMIDT. Angina pectoris e proteinoterapia. — L. HAHN. Emicrania e allergia.

Münch. Med. Woch., 22 ag. — R. SCHMIDT. Teoria neurogeno-vasomotoria dell'angina pectoris. — LANGE. Diagnosi e trattam. precoci della paralisi infant.

Arch. Mal. Reins, ecc., ag. — J. PARABIS. Trattamento della blenorragia con i sali d'acridina.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 ag. — E. JAEGGY. Antisettici urinari.

Deut. Med Woch., 22 ag. — SCHRÖDER. Prognosi della piemia puerper. — L. K. WOLFF e OVERHOFF. Carotina e vitamina A. — ECKSTEIN e al. Clinica della encefalite vaccinica.

Wien. Klin. Woch., 14 ag. — DOMANIG. Metodi moderni di narcosi. — 21 ag. SCHUR. Costituzione e malattie gastro-intestin.

Med. Welt., 23 ag. — A. LAQUEUR. Modo d'azione dell'idro-termoterapia. — O. DIETRICH. Diatermia profonda.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ag. — F. G. LINDEMULDER. Valore terapeutico delle temperature elevate nelle sclerosi multiple. — C. VON ECONOMO. Il cervello di persone d'eccezione.

Paris Méd., 16 ag. — Numero in omaggio a Marey.

Journal A. M. A., 2 ag. — F. H. LABEY. Trattamento dell'ulcera gastr. e duod. — J. H. HESS e al. L'ergosterolo irradiato: dosaggio profilattico e terapeutico. — M. H. STREICHER. Achilia gastrica.

Riv San. Sicil., 15 ag. — F. NICOLETTI. Morte da acetato di tallio.

Ann. d'Ig., lug. — V. PUNTONI e M. SABATUCCI. Batterio tubercolare umano avirulento. — E. CASELLA. Lotta contro il cancro nella Repubblica Argentina.

Minerva Med., 11 ag. — A. ALLODI. Azione dell'acetilcolina nel chinismo gastrico.

Proc. R. Soc. Med., ag. — Discussioni sul trattamento del carcinoma del retto e del colon. — Casistica.

Clin. Chir., giu. — AUSTONI. Colecistectomia. — lug. PRETO. Cistocele inguinale. — CASANOVA. Comportam. del sangue nella narcosi avertinica.

Riv. Med., 4 ag. L. DE BECO. L'empiema interlobare primitivo. — L. VILLA. Epatiti ed itteri infettivi da spirochete.

Pathologica, 15 ag. — G. GUASSARDO e F. PEOLA. Assorbimento del calcio e del potassio. — S. MAUGERI. Iperinsulismo.

Folia Clin. et Biol., gen.-apr. — M. BUFANO. Esame funzionale del fegato e la curva amminoacidemica.

Arch. per le Sc. Med., lug. — A. ALLODI. Ipersecrezione e ipercloridria nell'ulcera gastr. e duoden. — L. SUSSI. Cura chirurg. del diabete.

Presse Méd., 8 ag. — R. LERICHE. Il paradosso della sensibilità ossea. — P. LE FLOGE. Autosieroterapia nei reumat. cronici.

Med. Herald, ag. — C. K. SMITH. Fatti ed errori sulla glandola prostatica. — S. GROVER BURNETT. Coccigodinia.

Diagnostica e Tecn. di Lab., 25 lug. N. TORO. Labi.

Riv. di Malariol., mag.-giu. — D. BRIGHENTI. Attrazione esercitata dai colori sugli anofeli. — R. GOSIO. Esame analitico della curva termica nella febbre malarica. — B. NOCHT e P. MÜHLENS. La cura della malaria con la plasmochina. — J. KLIGLER e G. MER. Valore terapeut. di mescolanze di plasmochina e chinina. — Supplem.: A. MISSIROLI. Le grandi bonifiche.

Journal A. M. A., 9 ag. — L. L. REED e al. Lipodistrofia da iniezioni d'insulina. — IX. VAN PETERS WILSON. Cisti del coledoco.

Lancet, 23 ag. — J. J. R. MCLEOD. Il diabete come problema fisiologico. — A. T. TODD. Trattamento medico del cancro.

Studium, 1 ag. — G. ZAGARI. Diagn. fra tbc. e cancro del colon. — F. GALDI. La lotta antitubercolare come funzione di Stato.

Journ. d. Prat., 9 ag. — P. LEGUEU. Indicazioni della prostatectomia.

Ann. de Méd., giu. — E. JOLTRAIN e al. Orticaria da fatica. — J. VALTIS. Ultrafiltrabilità del virus tbc.

Brasil-Med., 12 lug. — W. BERARDINELLI. Costituzione e temperamento.

Arch. It. di Dermat. ecc., giu. — F. MACCARI, E. CIAMBELLOTTI. Alterato ricambio cellulare e dermopatie.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., ag. — A. LANDAU, J. HELD. Ascoltaz. delle arterie del collo.

Ann. It. di Chir., 31 ag. — V. GHIRON, C. GIACOBBE. Variazioni di volume della milza. — P. L. BADILE. Idrope appendicolare.

Surg., Gyn. a. Obst., ag. — J. T. GWATHMEY. Analgesia ostetrica. — W. BARTLETT e W. BARTLETT jr. Semi-anestesia da luminal. — R. W. STUEBNER. Vene varicose e trattam. per iniezioni.

Arch. per le Sc. Med., ag. — L. SUSSI. Malattia di Buerger. — M. GIANOTTI. Reaz. all'adrenalina nel territorio vasale dei tessuti infiammati. — L. PICCHINI e A. FABRIS. Paramiloidosi.

Rev. Méd. de Barcelona, lug. — F. FERRER y SOLERVICENS. Sifilide epatica e cirrosi epatica sifilitica. — A. PINÓS e al. Visualizzazione radiologica dell'appendice.

Riv. di Cl. Ped., sett. — C. MALOSSI. Sindromi nervose postvaccinali.

Rif. Med., 18 ag. — D. GIORDANO. Ascesso paranefritico.

Med. Ibera, 5 giu. — J. PALANCA. L'epidemia di poliomielite nell'autunno 1929 a Madrid.

Rass. Cl.-Scient. dell'Ist. Biochim. It., 15 ag. — R. JEMMA. Meningite tbc. nell'infanzia. — V. M. BUSCAINO. Roentgenirradiazione della regione ipofisaria negli epilettici.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., mag.-giu. — F. GUCCIONE. Trombosi primitiva del tronco della porta. — G. INVERNIZZI. Ricambio colesterinico in un caso di cistoma ovarico.

Haematologica, Arch., IV. — L. CROSETTI. Reperto ematologico nell'ipertiroidismo. — L. CATTANEO. Megacariociti nell'infezione vaccinica sperimentale.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 20 Ottobre 1930 Num. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI PALERMO
diretta dal prof. MAURIZIO ASCOLI.

Sull'uso dell'adrenalina per via endotracheale nella cura dell'emottisi

per il dott. M. LUCACER, assistente.

Il grande numero dei rimedi via via escogitati per la cura dell'emottisi dimostra la scarsa efficacia di almeno la maggior parte di essi.

Il metodo più fedele e sicuro, il pneumotorace emostatico, spesso non è attuabile per invincibili aderenze pleuriche, per l'impossibilità in cui ci troviamo frequentemente di stabilire quale è il lato colpito. Inoltre l'esecuzione di un pn. richiede uno strumentario non semplice, un medico esperto e non sempre l'ammalato acconsente, senz'altro, alla sua applicazione. Praticamente ci si limita all'uso dei mezzi fisici, dei coagulanti e degli emostatici.

Non crediamo pertanto superfluo richiamare l'attenzione su di un metodo di cura della emottisi, che nelle mani di chi l'aveva proposto e di quei pochi che l'hanno riprovato si è dimostrato quasi costantemente efficace e che non ha avuto la diffusione della quale a nostro giudizio è meritevole.

Si tratta dell'iniezione di adrenalina per via endotracheale, che nel 1925 Giuffrida ha proposto, in relazione con la terapia locale della tubercolosi polmonare, mediante iniezioni endotracheali, studiata dalla nostra scuola (Maurizio Ascoli, Fichera, Giuffrida). La via prescelta è stata la sopraglottidea.

La tecnica è la seguente:

Si colloca di fronte all'infermo una sorgente luminosa ponendosi l'operatore di faccia al paziente il quale viene invitato a sporgere la lingua; questa si stringe fra l'indice ed il pollice della mano sinistra, mentre con la destra si tiene impugnata la siringa contenente l'adrenalina. Si fanno compiere al paziente profonde e lente inspirazioni: s'introduce la cannula lateralmente alla lingua fin sopra l'epiglottide e durante un atto inspiratorio si spinge il pistone. L'introduzione dell'adrenalina provoca spesso tosse, la quale serve anche come prova che il medicinale è arrivato a destinazione e non è stato inghiottito: gli ingredienti necessari sono:

1) Una siringa di vetro da 5 cmc. munita di una cannula del diametro di 2 mm. lunga

11 cm., incurvata alla distanza di 7 cm. dal cono ad angolo di circa 110 gradi.

2) Una soluzione di adrenalina al ‰.

Circa la quantità di adrenalina da introdurre, dosi minori o maggiori dànno gli stessi risultati; il Giuffrida consiglia per facilitare la distribuzione di essa al livello bronchiale di diluire una fiala di adrenalina al ‰ con 2 cc. di acqua portando così il volume totale da iniettare a 3 cmc. Quello che importa di più è invece la qualità dell'adrenalina, che deve essere di buona marca.

Nell'emottisi di una certa abbondanza, cessata l'emissione di sangue in seguito alla prima iniezione, spesso (dopo 12 ore circa) ricomincia uno stillicidio, il quale può degenerare in una nuova emottisi se non è fatto cessare con una seconda iniezione. Pertanto il Giuffrida suggerisce di praticare sistematicamente a tutti gli emoftoici due iniezioni al giorno a distanza di 12 ore una dall'altra, facendo osservare, a scorta della sua esperienza, che nelle emottisi di una data gravità conviene continuare le iniezioni per tre-quattro giorni: due iniezioni giornalmente i primi due giorni ed una sola per gli altri, appunto per evitare delle riprese.

Il metodo, come abbiamo accennato, non ha avuto larga diffusione; però i pochi che se ne sono occupati hanno pienamente confermato il suo alto valore terapeutico. La ragione di questa mancata diffusione non può stare, secondo noi, che nella falsa impressione che la parola « via endotracheale » esercita sulla mente dei molti; si ritiene di trovarsi di fronte ad una pratica complessa e forse anche pericolosa. Nulla di più falso.

Durante quest'anno scolastico ho continuato nella nostra Clinica il trattamento con adrenalina di tutti i casi di emoftoe di una certa entità. Il numero dei casi è stato di 14. In 12 bastò una sola iniezione per far cessare l'emottisi e definitivamente. Negli altri due sono state necessarie, in uno quattro e nell'altro 6 iniezioni praticate a distanza di 12 ore, per evitare le riprese denunziate da iniziale stillicidio.

Nell'insieme il metodo si è dimostrato di una efficacia per me sorprendente. La tecnica dell'iniezione è delle più semplici ed innocue. La procedura è resa anche più agevole dalla iporeflessia che accompagna spesso, pel trauma psichico, gli stati emoftoici. La tosse più o meno pronunziata, che si ha subito dopo la introduzione, è passeggera, in parte facilmente vincibile con qualche parola suggestiva e d'altronde preziosa quale segno sicuro che l'introduzione è avvenuta e che l'adrenalina non è stata inghiottita. In qualche caso in cui ciò si è avverato abbiamo dovuto semplicemente rimettere la fatica di ripetere l'iniezione.

Ci auguriamo che il nostro richiamo su questo metodo di cura così semplice e pur così efficace negli effetti immediati e più ancora benefico nel prevenire complicazioni più o meno prossime, possa contribuire a diffonderla, sul principio, almeno nell'uso corrente sanatoriale.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione su di un metodo di cura dell'emottisi proposto nel 1925 da Giuffrida e consistente nell'iniezione intratracheale di adrenalina, che egli ha continuato ad usare in Clinica con costante successo. Si augura che il suo richiamo su questo metodo possa contribuire a diffonderla, sul principio, almeno nell'uso corrente sanatoriale.

BIBLIOGRAFIA.

1) F. GIUFFRIDA. Rif. med., 1925, 18; Boll. Soc. Biologia sperim., 1926, fasc. 1-2 e 4; Münchener Mediz. Wochenschrift, 1928.
2) CIOFFI. Rif. med. 1925, 45.
3) GROSSI. Presse Médicale d'Egypte, 1926, 165.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Casa di cure chirurgiche " G. Rogato ,, - Castrovillari.

Ascesso subfrenico bilaterale ed empiema da ascesso splenico

per il dott. PASQUALE FERRARI.

Nel luglio 1929 fu ricoverato nella mia Casa di cure chirurgiche tal G. R. da Firmo perchè da lungo tempo affetto da febbri a tipo intermittente, iniziantisi con brivido e terminanti con profusa sudorazione. L'inizio degli accessi febbrili si verificava quasi alla medesima ora e sempre con i medesimi caratteri. Il paziente non accusava alcun dolore nè lamentava alcuna sensazione speciale a carico di qualche organo sì da poter richiamare l'attenzione ed indirizzare le ricerche.

Individuo di costituzione scheletrica valida con masse muscolari ben sviluppate e pannicolo adiposo in buono stato di conservazione. Stato di sanguificazione normale. Non poliadenopatia.

Nulla di anormale si rivela dall'anamnesi. Non ha sofferto malattie degne di nota e non si è mai contagiato di mali venerei. Ha 38 anni, è ammogliato con due figli. La moglie non ha mai avuto aborti.

È contadino ed ha vissuto in luoghi malarici.

Ad un attento esame clinico, allo scopo di sistematicamente studiare i vari organi, non si riscontra alcunchè di anormale a carico del cuore e dei polmoni. Il fegato è nei limiti normali. La milza, invece, deborda l'arco costale di circa tre dita, è dura, a margini regolari, non dolente alla pressione. Alla percussione si nota che il volume è aumentato anche verso l'alto. L'alvo è libero.

L'aumento di volume della milza, il tipo febbrile nettamente intermittente ripetentisi ad accessi quasi sempre alla medesima ora, l'aver fre-

quentato luoghi malarici, inducevano in primo momento a pensare che si trattasse di una forma febbrile malarica a tipo quotidiano. Si praticò la ricerca del parassita malarico che fu negativa. Negativa fu pure la reazione di Wassermann, come negativa fu la Vidal per il micrococco di Bruce. L'esame del sangue mise in evidenza una importante polimorfo-nucleosi.

Si tentò una intensa cura chininica e di succedanei che diede come risultato la cessazione della febbre per un periodo di cinque giorni dopo di che essa riapparve coi medesimi caratteri di prima e con optimum di temperatura di oltre 40°.

Escluse le affezioni che potessero far pensare ad una forma infettiva e di natura emopoietica si pensò, data anche la notevole polimorfonucleosi, ad un processo suppurativo profondo a sede probabilmente intra-splenica o delle adiacenze dato che l'unico organo che richiamava l'attenzione era la milza.

Si procedette ad un esame radioscopico che diede come reperto: Nulla a carico degli organi toracici. Motilità diaframmatica quasi abolita a sinistra e conservata a destra con percepibile movimento di bilancia delle due metà del diaframma che dal lato sinistro si nota essere innalzato e di forma conica. La milza appare ingrossata.

Dall'insieme dei dati rilevati sia clinicamente sia radioscopicamente si pone la diagnosi di ascesso subfrenico da spontaneo svuotamento di ascesso intra-splenico nello spazio sotto-diaframmatico sinistro.

Si praticò una puntura esplorativa che diede esito all'aspirazione di pus commisto a sangue.

Convalidata così la diagnosi decisi l'intervento che venne da me eseguito in narcosi morfino-eterea per via transpleuro-diaframmatica data la estrinsecazione del processo in dietro ed in alto. Aperto in tal modo lo spazio subfrenico si diede esito ad una considerevole quantità di pus. Attraverso la breccia mi riuscì non difficile aprire una collezione intra-splenica. Drenaggio e bendaggio della ferita operatoria.

All'intervento seguì presto un miglioramento notevole e dopo quasi dieci giorni il paziente sembrava si avviasse a guarigione quando, pur mostrandosi buono lo stato della ferita operatoria ed il processo in via di risoluzione, ricomparve la febbre coi medesimi caratteri di prima.

Osservando il paziente, il quale non accusava nessuna sensazione dolorosa, si notò al disopra dell'ottusità epatica, posteriormente, una zona di ottusità marcata a convessità superiore. Nulla di rilevabile a carico delle pleure e dei pulmoni.

Una puntura esplorativa diede esito a pus avente i medesimi caratteri di quello fuoriuscito dall'ascesso di sinistra ed insemenzato su terreni di cultura rivelò la presenza del bacterium coli.

Si procedette subito alla cura vaccinica e si aprì la nuova collezione purulenta sotto-diaframmatica destra. Rapido miglioramento nello stato generale del paziente, graduale scomparsa della febbre. Dopo circa dodici giorni di relativo benessere senza che l'ammalato accusasse il benchè minimo disturbo (non tosse, non dolore toracico, ecc.) ricomparve la febbre a tipo intermittente e si notò alla base dell'emitorace destro una marcata ottusità con scomparsa del fremito toraco-vocale e silenzio respiratorio all'ascoltazione.

Diagnosticata una pleurite purulenta si provvide allo svuotamento del cavo pleurico mediante il sistema del drenaggio permanente a sifone. Nuovo miglioramento, scomparsa della febbre, regressione dei fatti infiammatori, stato generale soddisfacente.

Quindici giorni di tregua in tutto questo quadro tumultuoso e di botto la febbre si riaccende ed, a por termine alla dolorosa via crucis di questo infelice paziente, ecco comparire col seguito del suo corteo fenomenologico il terribile quadro della meningite purulenta che in brevissimo periodo di tempo uccise l'ammalata.

Questa in breve la dolorosa storia; questi i fatti narrati con assoluto obbiettivismo.

Dove l'importanza del caso? Poche considerazioni.

Mi son deciso a dare alla stampa queste brevi note partendo dal concetto che non sia frequente incontrare un caso simile nella pratica quotidiana ed anche perchè le statistiche non credo ne registrino casi numerosi. Che si possa avere un ascesso subfrenico non è cosa strana; che un processo suppurativo si possa diffondere dalla cavità pleurica allo spazio sottodiaframmatico può sembrare cosa naturale; ma che un processo suppurativo invada le due logge sottodiaframmatiche ed il cavo pleurico e la sierosa meningea è un caso strano e, direi, una di quelle bizzarrie cliniche che raramente occorre osservare.

E' a domandarsi: siamo noi stati in presenza di una comune forma piemica, oppure ad una diffusione di processo con predilezione del germe a localizzarsi alle sierose ed a successivamente invaderle sino a portare a morte il paziente? L'idea più confacente è che si fosse trattato di un ascesso splenico apertosi spontaneamente nel cavo subfrenico sinistro donde i germi e per contiguità e per via metastatica sanguigna si diffusero alla sierosa subfrenica destra ed a quella pleurale, e che un embolo settico, partito dalla vena splenica che in simili casi è quasi sempre colpita da tromboflebite, si fosse andato a localizzare alle meningi dando origine al quadro della meningite purulenta.

In terzo luogo è da rilevare come, pur avendosi avute localizzazioni multiple, esse siano decorse senza presentare alcuno dei tanti sintomi obbiettivi che troviamo descritti nei trattati di semeiotica e di patologia e che si dicono patognomonici di tali processi patologici, sì da poter fare annoverare il caso fra quelli che si definiscono a sintomatologia oscura.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di ascesso subfrenico bilaterale ed empiema da ascesso splenico, tenendo in particolare considerazione la sintomatologia presentata dall'ammalato e descrivendo il decorso della malattia e la terapia adottata.

RIVISTA SINTETICA.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI.

Sprue.

Studio didattico

per il prof. dott. CARLO BASILE,
incaricato di Patologia coloniale.

Allo studioso di Patologia coloniale è noto quanto sin da antico tempo la sprue abbia interessato varie ricerche etiologiche e cliniche.

Essa ebbe varie denominazioni: Aphtoides cronica, Diarrea alba, Pilosis linguae, Phtisis abdominalis, Endemic diarrea, e presenta sindrome diarroica, infiammazione della bocca, della lingua, del palato, dell'esofago, ed ancora anemia, deperimento organico, stato neuroastenico.

Distribuzione geografica: questa malattia è comune in Cina, Giappone, Cuba, Stati Federati Malesi, Ceylon, Indie, Mesopotamia, Africa Orient., America centr., Barbados, Guiane, Figi, Australia.

Definizione: Sir Patrik Manson, al quale si debbono i primi studi clinici, definì nel 1880, la Sprue nel seguente termine:

« Nel termine Sprue è intesa una peculiare e veramente dannosa forma d'infiammazione catarrale di tutto o parte del canale alimentare, generalmente associata con disturbi della funzione cologenica del fegato e, presumibilmente, della funzione di altri organi utili alla digestione.

Sebbene malattia dei climi tropicali, essa può svilupparsi per primo tempo, in climi temperati, solamente, del resto, in individui che risiedettero precedentemente nei tropici ».

Col progredire delle conoscenze, fu osservato infatti che una Sprue indigena (non tropicale) esiste presumibilmente, nelle regioni dove è temperatura estiva caldo-umida, ambiente favorevole alla diffusione di questa forma morbosa.

Epidemiologia. Quest'infezione si riscontra in tutte le età, ma in maggior parte, in soggetti di 30-40 anni.

Nell'anamnesi si nota prolungata residenza in zone tropicali endemiche; del resto furono osservati casi dopo una residenza di 1-2 anni; si può notare la precedente presenza di malattie intestinali, di malaria, sifilide, dengue, colera ecc.

Etiologia. Nella prima letteratura della Sprue, il Van den Burgh, il Manson, accennarono alla possibilità di una specifica influenza dei climi tropicali sulle glandole digestive e successivamente, col progredire della scienza, s'iniziarono ricerche sull'organismo patogeno di questa infezione; le prime ricerche furono eseguite sui vermi, sui batteri, sui protozoi, ma successivamente si dimostrò che questi organismi sospettati, non sono causa della Sprue.

Proseguendo le ricerche si annette importanza anche ai funghi; Koldbrugge sospettò che un fungo del genere *Monilia* fosse causa della malattia, per i suoi caratteri di fermentazione delle feci, per la dispepsia gastrica, per i sintomi della bocca, quali si notano in casi di Sprue.

Queste osservazioni furono notevolmente estese da vari AA.: Castellani e Low trovarono grande quantità di funghi del genere *Monilia* e *Saccaromyces* nella bocca e nell'intestino non solo degli infermi di Sprue, ma anche in persone sane; Bahr notò funghi nelle feci e come infiltrazione nella lingua, e nel muco intestinale; Ashford pretese aver ottenuto sperimentalmente la malattia, con inoculazione intraperitoneale di cultura di funghi; egli considerò il fungo *Monilia pilosis* come specie peculiare.

Le recenti ricerche di Martines (1), Michel (2), Fairley (3) sulla fissazione del complemento, usando come antigene una sospensione carbolsalina di Monilia pilosis, dimostrarono che nessuna esatta informazione può ottenersi dalla fissazione del complemento nella diagnosi della Sprue o come indice del progresso del caso sotto trattamento.

In conclusione i funghi, come sin dapprima fu ammesso da Castellani e Low, non possono essere considerati come agenti causali, ma soltanto rappresentano una secondaria infezione ifomicetica; recentemente lo stesso Low, in uno studio analitico di 150 casi di Sprue (4), avanzò l'ipotesi che una tossina gastro-intestinale offre la migliore spiegazione della sintomatologia della Sprue.

Invero la deficienza glandolare organica, causata dal cibo e falsa dieta, le tossine intestinali, lo stato gastro-intestinale, lo stato anemico del malato, lo stato neuroastenico, segnano nella Sprue i dati più interessanti di patologia e sintomatologia, che io riferisco.

Patologia e sintomatologia. — In questa infezione vi è una grande varietà nelle combinazioni e nella gravità dei sintomi; l'infiammazione della lingua segna la sindrome patologica più interessante: la lingua durante l'esacerbazione dei sintomi è rossa, congesta e dolorosa: essa è accompagnata da alterazioni d'indole trofica; spesso si notano lungo i margini: papule rosse, piccole vescicole, piccole ulcere; l'epitelio si distrugge, le erosioni si estendono alle labbra, alla membrana mucosa, al palato; i follicoli mucosi sono ingranditi,

---

(1) Journ. Trop. Dis. and Prev. Med., 1916.
(2) Americ. Journ. Med. Science, 1917.
(3) Indian Journ. Med. Res., 1929.
(4) *Sprue: An Analithic study of 150 cases.* G. CARMICHAEL LOW: Quaterly Journal of Medicine, n. 84, july 1928.

il collo, l'ugola possono apparire anche congesti e dolorosi.

In queste condizioni, i condimenti producono sofferenza, l'irritazione causata dalle lesioni sensitive, provoca salivazione; è possibile soltanto una blanda dieta.

La lingua quando non è infiammata, si presenta piccola puntuta e secondo le condizioni anemiche dell'infermo, può essere gialliccia come pergamena; alla superficie perde i caratteri normali, e diviene lucida, liscia, lucente ed eventualmente percorsa da solchi profondi (v. figure).

Anche la diarrea è peculiare nella Sprue; essa è un primo sintomo della malattia, che

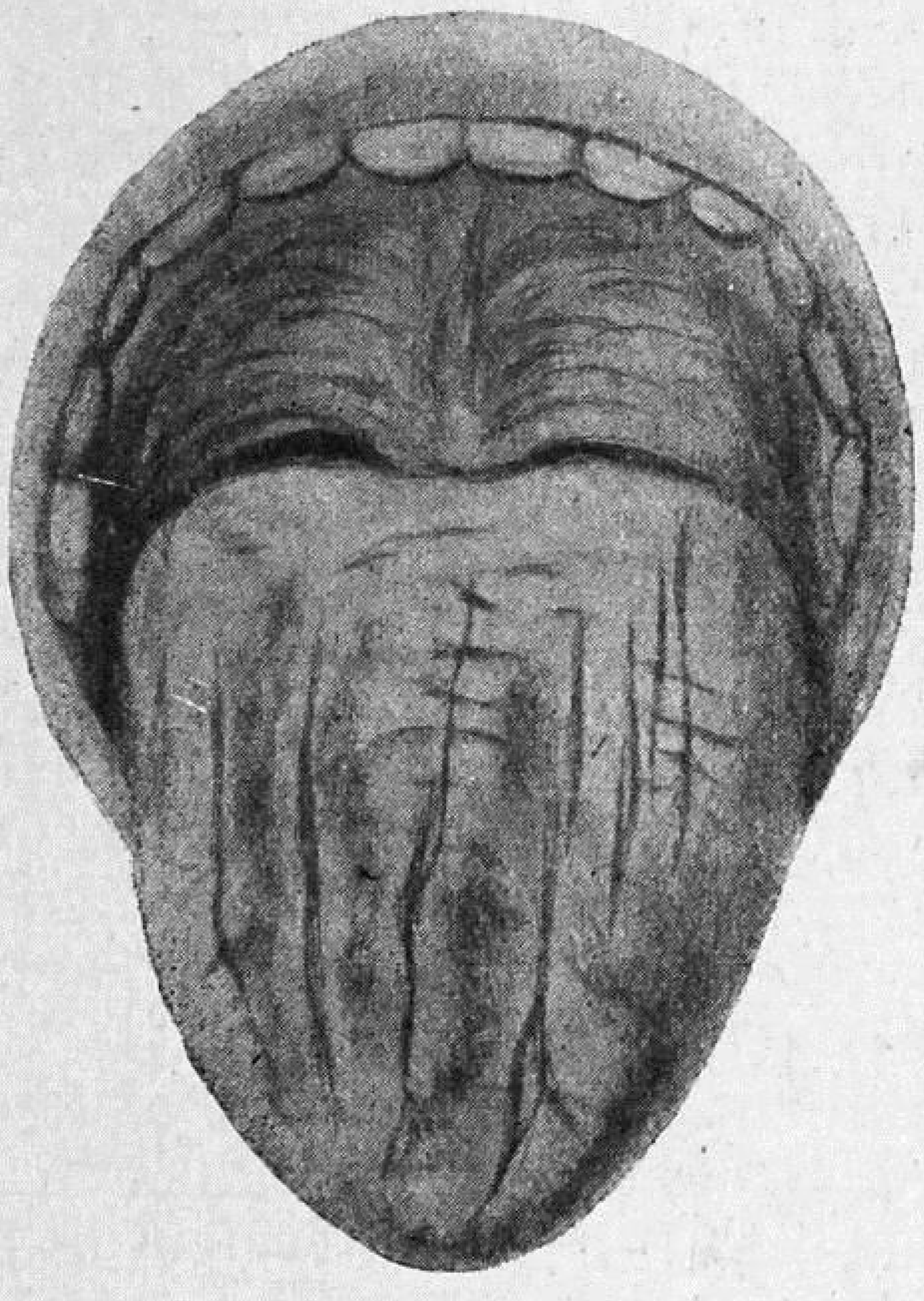


FIG. 1. — Stadio acuto (sec. THIN).

usualmente avviene nelle prime ore del mattino — ore 3-4 antim. —; allora l'infermo defeca una-tre scariche spesso di natura biliare, prima della prima colezione.

Per quel giorno, l'infermo resta in quiete, ma il sintomo si ripete nei giorni successivi; dopo qualche tempo i caratteri delle feci cambiano: esse diventano puzzolenti, schiumose, e di colore bianco-grigiastro, l'usuale colore bruno scompare.

Se l'infermo non è curato, la diarrea diventa eccessiva ed occorre durante il giorno come nel mattino; se invece è curato, allora le feci diventano solide e senza alcun colore.

L'assenza di colore nelle feci è un segno interessante; la bile è secreta, ma il materiale colorante, la bilirubina, si trasforma nello intestino, in leucobilina o leuco-urobilina, sinonimo di urobilinogeno; la graduale apparenza di colore nelle feci è un segno di ritorno al normale.

L'analisi chimica delle feci nella Sprue mostra grande quantità di grasso, con acidi grassi in eccesso di grasso neutro; questo reperto indica deficienza di lipasi pancreatica, e favorisce la diagnosi di malattia del pancreas; infatti è noto che la lipasi pancreatica scinde buona parte dei grassi neutri in acidi grassi: per deficienza di quest'organo, la distruzione lattea non è assorbita ed il latte passa non cambiato nelle feci.

La patologia della malattia spiega che la difettosa assimilazione del grasso è dovuta anche a ciò, che una larga parte del canale alimentare non può assorbire appropriato nutrimento per erosione della mucosa intestinale.

Anche il fegato è colpito nella Sprue; questo è dapprima allargato, congesto, in seguito diminuito di volume per generale atrofia; le sue funzioni rimangono inalterate, la bile è secreta nello intestino, i sali biliari hanno azione attivante sulla lipasi pancreatica.

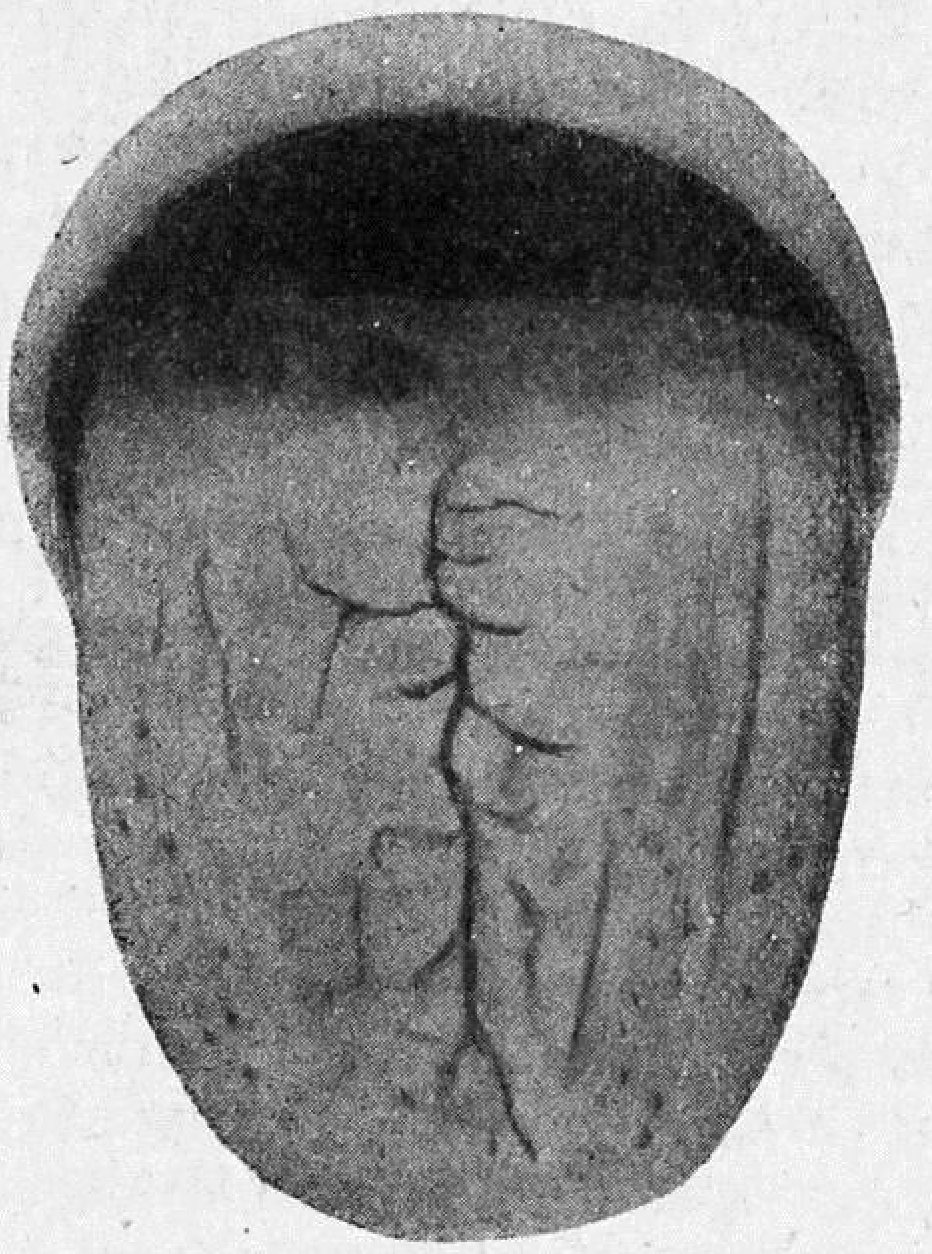


FIG. 2. — Stadio cronico (sec. MANSON-BAHR).

Il pancreas può essere normale, infiammato, o cirrotico; quando il succo pancreatico è assente, si nota, come detto sopra, una nuova forma di urobilina, priva di colore, chiamata leuco-urobilina, che per ossidazione si riconverte in urobilina.

Sembra apparire che la flora intestinale ha alterato i suoi caratteri determinando probabilmente la stessa anormalità nel pancreas o nell'intestino (Castellani).

Parimenti si notano nel midollo osseo: iniziale ipertrofia megaloblastica, e secondaria atrofia; anormalità queste che si ritengono dovute a tossina intestinale, di carattere alimentare (Fairley, Mackie, e Billimore, 1929).

Nelle suddette condizioni si spiegano la dispepsia, la flatulenza, il vomito, la perdita di tono dell'intestino, la distensione dell'addome come un tamburo, per la presenza di molti microrganismi formanti gas; talvolta quando questa distensione manca, le pareti dell'addome sono soffici e deboli, con poco o nessun tono nei muscoli e scarso pannicolo adiposo; nei casi di Sprue, l'addome è caratteristico.

Sangue. — Nei primi stadi di Sprue non si nota anemia; questa appare successivamente

per azione di sostanze tossiche, specialmente nei casi cronici.

Talora può essere descritta come « tipo pernicioso » una progressiva perdita di globuli rossi, con reperto ematologico simile all'« anemia addisoniana »; molti di questi infermi muoiono con mezzo milione incirca di corpuscoli rossi, con globuli rossi nucleati e anormali, reperto simile all'« anemia perniciosa ».

I leucociti nella Sprue sono normali; quando l'anemia è grave può notarsi leucopenia; la leucocitosi indica l'esistenza di una infezione.

Neurosi. — Gli ammalati di Sprue soffrono di neurosi (5), nel principio l'infermo accusa, dopo qualche emozione e senza ragione, non sentirsi bene, inquietitudine, freddo; talvolta accusa sudore freddo, iperidrosi veramente insopportabile, che dà luogo agli altri disturbi (parestesia, pizzicore).

L'infermo è molto sensibile ad ogni circostanza, egli non osa bagnarsi in acqua fredda, e saggia proteggersi in ogni momento; soffre di « freddo in testa », rinorrea, corizza vasomotoria, che viene in improvvisi attacchi, spesso al mattino, con numerosi sternuti; questo stato è transitorio, talvolta rimane un certo gonfiore, solletichìo alla faringe e bocca, il muco è rosso, anche la lingua è colpita; ad ogni cambio di temperatura, tutti i sintomi si aggravano, la mucosa è gonfia in tal modo, che la respirazione attraverso il naso, è impossibile; si notano corizza, fenomeni asmatici, diarrea, evacuazione di feci acquose.

Questi attacchi si ripetono spesso il mattino; essi non rappresentano reale malattia; l'infermo accusa soltanto dolori alle gambe, al dorso, congestione e freddo.

Di certo la Sprue è altamente mortale come la malaria, dissenteria, peste, colera... e come queste malattie causa invalidità e cessazione di ogni operosità.

Sprue: secondaria ad altre infezioni, incompleta, pseudo-sprue. — Talvolta la Sprue è secondaria alla dissenteria, all'enterocolite acuta; la forma incompleta è determinata dalla prevalenza di alcuni sintomi (orali, gastrici, intestinali); col nome di pseudo-Sprue (Low) va intesa una malattia determinata da alterazioni croniche o maligne del pancreas o degli organi inerenti alla digestione.

Del resto ai classici sintomi della Sprue, possono coesisterne (Low) degli altri che possono avere poca connessione con essa: cachessia con pigmentazione della faccia e della pelle; alterazioni mentali da irritabilità dell'umore; edema alle gambe ed ai piedi; piressia; pelle secca; crampi ai muscoli e stomaco; sudore; vomito; appendicite; emorroidi; emorragie; fibrillazioni auricolare e sincope.

---

(5) LOON, *Tropical Neurastenia a. Sprue.* Congresso di Medicina Tropicale, Cairo 1928.

Anatomia patologica. — Il corpo dei malati di Sprue è veramente emaciato; la pelle cade in larghe pieghe, si nota edema alle gambe.

Il grasso è completamente assente; i muscoli ed i visceri addominali sono anemici; si osserva notevole atrofia della milza, del fegato, delle glandole surrenali; il pancreas presenta degenerazione grassa, rammollimento di acini isolati ed infiltrazione infiammatoria (Bertrand e Fontain).

La lingua mostra atrofia delle papille filiformi ed ingrandimento delle papille fungiformi che sono prominenti; le fauci e le tonsille mostrano infiammazione subepiteliale ed ulcerazione.

L'intestino è così esile da sembrare diafano; i muscoli sono atrofici; la membrana mucosa, dalla bocca all'ano, presenta zone in cui è completamente erosa ed atrofizzata interstizialmente; la sottomucosa è generalmente buona.

La superficie interna dell'intestino è coperta di un muco tenace grigio, contenente numerosi funghi e miceli, che costituiscono zone di congestione, d'erosione, e spesso d'ulcerazioni, fra cui zone di precedenti malattie.

All'esame microscopico si nota: in molti posti, i villi e le glandole sono erosi e completamente distrutti, indurimenti sferici circondati di un'aureola congesta pigmentata in bruno; questi sono una minuta dilatazione dei follicoli mucosi di materiale muco-purulento.

Le zone d'erosione sono sparse in tutto il canale alimentare, più marcate al termine dell'ileo e del colon (Manson-Bahr).

Trattamento. — Il trattamento, pronto ed accurato, è importante nella Sprue; le misure drastiche non hanno alcuna importanza; data la erosione della mucosa e l'atrofia intestinale e per i disturbi delle glandole ed alla superficie assorbente, che vengono distrutte o menomate nella loro funzione, tanto da poter determinare la morte dell'infermo, si consiglia restare a letto per settimane e mesi, usare tavola da letto e bottiglia, non eseguire alcun movimento, se non per andare al closet.

Il migliore trattamento è l'uso del latte in piccole quantità fin dapprincipio e finchè scompaiono la diarrea ed altri sintomi acuti; osservando quando le feci sono solide ed è scomparsa la distensione dell'addome, la dispepsia: si possono allora dare carboidrati, biscotti e successivamente, pollastri, banane, fragole, patate, spinaci, come vegetale; le suddette frutta, specie le fragole se fresche, sono in alcuni casi veramente utili, in altri non hanno alcun effetto.

Questa dieta si usa all'ospedale o in casa; non si dia alcun cibo irritante, non alcool; si usi grande precauzione per il freddo-umido, brividi e qualunque esercizio muscolare.

Il detto trattamento ha ben marcato effetto sul sangue e si nota poca, o nessuna, anemia; quando questa si sviluppa bisogna usare trattamento drastico: poche gocce di laudano

sono sufficienti, una grande quantità è dannosa.

L'età dell'infermo prende posto importante per la prognosi di questa malattia.

Con questa cura i giovani infermi guariscono; i vecchi guariscono con più difficoltà; parimenti si comportano i casi cronici, dove i sintomi durano da anni.

Bisogna evitare indiscrezioni e mancanza di cura, per cui si consegue recrudescenza dei sintomi; in tal caso, se possibile, si ottengono buoni risultati colla trasfusione del sangue; talvolta gli infermi muoiono per sovra imposta infezione.

Riguardo alla cura medica specifica, furono eseguite numerose ricerche, e molte furono le osservazioni cliniche; si notò dapprima la rimarchevole simiglianza dei sintomi della Sprue, a quelli di altre malattie, in cui si osserva deficienza di calcio (6), o disordini di questo da parte delle glandole paratiroidi; l'uso del carbonato di calcio, sotto forma di « pillole di Batavia », dato in bicchierini tre volte al giorno, si dimostrò utile nei casi di diarrea; l'uso del lattato di calcio e paratiroidi non diede costante utilità (Low, Manson-Bahr) (7).

Data l'erosione e l'atrofia della mucosa intestinale, del fegato, dei vari organi utili alla digestione, fu di particolare interesse la cura opoterapica.

Nei casi di anemia grave, Castellani (8) sin dal 1910, consigliò zuppe di fegato di vitello o capra prese insieme al latte; pari risultato si ebbe con preparati epatici.

Nei casi di deficienza pancreatica, secondo lo stesso A. sono utili le zuppe di pancreas fresco di agnello, vitello, capra, tritato in macchina e dato 1-2 volte al giorno, dapprima in tazzine da te, poi in tazze da tavola includenti il succo; dato il gusto, molti infermi preferiscono aggiungervi il latte; i preparati del pancreas possono esser dati, ma la loro azione è inferiore al pancreas fresco.

Nei casi di anemia perniciosa, gli estratti di stomaco (ventriculina) presentano secondo lo stesso A. maggiori vantaggi che gli estratti epatici.

Trattamento con raggi ultravioletti: proposto da Manson-Bahr, nei casi di sprue che non rispondono prontamente al trattamento dietetico.

Il trattamento di vaccini, tentato da Aschord, Michel, Martinez, su autolizzati di *Monilia pilosis, Parasacharomyces asfhordi,* non diede alcuna conoscenza del loro valore terapeutico.

Per cura generale sono utili: la somministrazione, per bocca, del liquore arsenicale del Fowler, e le iniezioni intramuscolari di arsenicato di ferro.

Per gli infermi che, essendo lontani, desiderano rimpatriare, il loro ritorno, se necessario, esige la massima attenzione per il viaggio, la dieta, evitare il freddo umido ed ogni strapazzo muscolare.

La cura della Sprue richiede costante, scrupolosa attenzione del medico, e pazienza del malato.

(6) Scott Harold. *A new theory to the causation of Sprue and the results of treatment based thereon.* Trans. of Roy. Soc. of Trop. Med., febbraio 1923.

(7) Low. Loc. cit.

(8) Castellani. Manual of Trop. Med., 1ª e 2ª ediz.; Iourn. of Trop. Med., 1925-30.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

L'importanza dell'immunità specifica per la patogenesi e il decorso della tubercolosi nell'uomo.

(B. Lange. *Med. Klinik*, n. 23, 1930).

Le concezioni moderne sulla patogenesi dell'infezione tubercolare si basano in gran parte sull'ipotesi di una immunità acquisita in seguito alla prima infezione.

Che la prima infezione tubercolare lasciasse dietro a sè una specie di immunità, sembrava ormai indiscutibilmente dimostrato dagli esperimenti di Koch prima, di Römer e Hamburger poi; questi esperimenti assieme ad osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche hanno indotto Ranke a suddividere il decorso della tubercolosi in 3 stadi, lo stadio del complesso primario, lo stadio secondario caratterizzato da una aumentata sensibilità specifica verso l'infezione metastatica, e lo stadio terziario caratterizzato da una diminuita sensibilità in seguito all'immunità acquisita.

L'importanza data all'immunità specifica acquisita ha portato con sè anche una ipervalutazione della modalità di infezione: infezioni leggere immunizzerebbero l'organismo, infezioni gravi determinerebbero malattia e recidive. L'infezione tubercolare subìta nell'età infantile proteggerebbe soltanto contro le infezioni lievi; le infezioni massive supererebbero invece l'immunità. Anche le notevoli differenze con cui i singoli individui reagiscono alla prima infezione venivano spiegate con la diversità nella dose e nella virulenza dei bacilli infettanti.

Queste concezioni devono venire in gran parte abbandonate. L'infezione praticamente la più importante per l'uomo, quella polmonare, viene di solito determinata da pochi bacilli, forse anzi da un solo bacillo; non è affatto dimostrato che goccioline contenenti più bacilli possano essere inalate nei polmoni. Solo nell'infezione per via intestinale le dosi

infettanti possono variare largamente. Negli esperimenti su animali, si varia di solito la dose infettante in un modo che non corrisponde affatto a quanto avviene naturalmente nell'infezione polmonare dell'uomo; variando negli animali la dose infettante entro i limiti ammissibili per l'infezione aerogena umana, non si nota alcuna influenza della dose sul decorso della malattia nè sull'esito delle reinfezioni. Conferma la scarsa importanza della dose infettante l'osservazione anatomo-patologica che la tubercolosi a decorso progressivo è egualmente frequente negli individui che hanno nei polmoni complessi primari multipli e in quelli in cui il complesso primario è unico (in un caso di Ghon e Kudlich, 17 focolai primitivi polmonari formatisi in seguito ad una infezione massiva erano tutti in via di guarigione). La dose dei bacilli infettanti ha certamente qualche importanza, ma un'importanza secondaria; lo stesso si può dire della virulenza dei bacilli, si possono infatti isolare da casi di tubercolosi polmonare progressiva, bacilli attenuati. Molto maggior importanza della dose e della virulenza dell'agente infettante, hanno i fattori costituzionali, ambientali, igienici.

Esiste nell'uomo una immunità acquisita verso la tubercolosi? Secondo Behring e Römer quasi tutti si infettano di tubercolosi durante l'infanzia; la tubercolosi polmonare dell'adulto si svilupperebbe quindi sempre in organismi già stati infettati, il decorso sarebbe in rapporto con il grado di immunità specifica acquisito in seguito alla prima infezione. Anche queste concezioni sono in gran parte errate. Non più del 50 % degli individui si infettano di tubercolosi durante l'infanzia; in molti casi dunque la prima infezione tubercolare colpisce l'individuo non più nell'età infantile. Gli individui che ammalano per la prima volta di tubercolosi in età non più infantile presentano forme gravi in percentuale maggiore degli individui già stati infettati, non perchè questi ultimi possiedano un'immunità acquisita, ma perchè essi sono in certo qual modo « selezionati »: resistono e superano la prima infezione infantile quegli organismi che per cause prevalentemente costituzionali sono in grado di reagire efficacemente, e questa stessa resistenza essi naturalmente oppongono anche alle reinfezioni che avvengono nell'età adulta. Gli organismi costituzionalmente poco resistenti hanno dovuto, se infettati, in gran parte già soccombere durante l'infanzia. Tutte le ricerche sperimentali dimostrano che un'infezione tubercolare protegge l'organismo contro le reinfezioni, solo fino a che essa è ancora attiva: infezioni superate e spente non lasciano traccia di immunità. L'A. ha infettato delle cavie con piccole dosi di bacilli poco virulenti. In una parte delle cavie l'infezione venne a guarigione dopo alcuni mesi. In un altro gruppo si sviluppò un processo tubercolare al punto di inoculazione, processo che dopo un anno dall'infezione si manteneva ancora locale senza alcuna tendenza alla generalizzazione. In un altro gruppo, molto esiguo, dopo alcuni mesi di latenza si ebbe una esacerbazione del processo tubercolare con esito in morte. Queste ultime cavie affette da tubercolosi progressiva erano del tutto immuni verso reinfezioni con piccole dosi di bacilli tubercolari virulenti. Anche le cavie con un processo tubercolare locale dimostravano una immunità di fronte alle reinfezioni, questa immunità era però molto inferiore a quella degli animali con tubercolosi progressiva; l'infezione attecchiva in tutti i casi, solo il decorso era più benigno che nei controlli non precedentemente infettati. Le cavie guarite dall'infezione tubercolare non presentavano invece traccia alcuna di immunità. Anche esperimenti su pecore e su conigli hanno dimostrato che la tubercolosi guarita non lascia alcuna immunità, e che i processi locali e in via di guarigione danno una immunità molto minore dei processi progressivi. Nelle pecore e nelle vacche i focolai tubercolari calcificano di solito 6 mesi dopo l'infezione; se gli animali sono ben tenuti e curati, i focolai guariscono dopo altri 4-6 anni. Parallelamente all'attenuazione del processo tubercolare, si attenua la reazione alla tubercolina, fino a scomparire del tutto, analogamente nell'uomo: numerosi autori hanno potuto constatare che le reazioni tubercoliniche erano negative in bambini in cui radiologicamente si potevano dimostrare focolai primari antichi.

Tutte le ricerche su animali dimostrano dunque concordemente che l'infezione tubercolare non lascia immunità e protegge contro reinfezioni solo fino a che è ancora attiva. Esse dimostrano anche che hanno un'importanza predominante per il decorso della tubercolosi i fattori costituzionali e ambientali-igienici. Così infettando una grande quantità di conigli per via ematica, per via polmonare, per via cutanea, con una stessa dose piccolissima di bacilli virulenti, vediamo notevoli differenze di decorso tra gli animali infettati nello stesso modo; spesso alcuni animali ammalano di tubercolosi progressiva (in alcuni acuta generalizzata, in altri cronica localizzata a singoli organi) mentre in altri l'infezione guarisce così completamente che dopo alcuni mesi si stenta molto a riconoscere all'autopsia i focolai primitivi di infezione. Mentre nei conigli si manifesta in modo così netto l'influenza di fattori costituzionali, nei bovini hanno una importanza predominante i fattori ambientali e il tenore di vita. Così vediamo spesso ammalare di tubercolosi progressiva i bovini che si trovano in stalle chiuse, di fronte a un ani-

male ammalato, nonostante che la quantità di bacilli che può in tal caso infettare i polmoni per via aerogena non possa che essere molto scarsa. Se invece si tenta di fare ammalare dei bovini ben tenuti, in stalle igieniche, non soggetti ad alcun lavoro, ciò riesce solo se si iniettano quantità di bacilli 100.000 volte maggiori di quelle attive nell'infezione naturale: per via endovenosa almeno 1/100 mg., ossia circa un milione di bacilli. Solo con queste dosi massive si riesce a superare la resistenza naturale di questi animali.

La secondaria importanza dell'immunità specifica per l'attecchimento e il decorso dell'infezione tubercolare, limita naturalmente molto il valore delle vaccinazioni protettive (« Le basi teoriche della vaccinazione profilattica contro la tubercolosi ». *Mediz. Klinik*, n. 26, 1930). Esperimenti su animali dimostrano che il risultato immunizzante è costantemente proporzionale alla patogenicità del vaccino adoperato. Praticamente non possiamo vaccinare l'uomo con bacilli virulenti, ma solo con bacilli attenuati; l'attenuazione toglie però in gran parte ai bacilli la loro proprietà di antigene immunizzante. Gli effetti di una tale immunizzazione sono perciò molto scarsi; usando bacilli morti, l'A. non è mai riuscito ad ottenere negli animali da esperimento una immunizzazione di qualche entità, indifferentemente con quale metodo siano stati uccisi i bacilli, sia usando culture recenti che antiche, sia bacilli umani che bacilli bovini. Calmette usa per la vaccinazione un ceppo attenuato di bacilli. Sembra escluso che questi germi possano in determinate condizioni riacquistare una virulenza pericolosa. L'attenuazione ha però determinato anche una notevole diminuzione delle proprietà immunizzanti. Perciò con il vaccino Calmette non si riesce ad immunizzare animali sensibili alla tubercolosi, come le scimmie e le cavie: negli animali vaccinati si è notato solo un ritardo nell'inizio della malattia. Si riesce invece a determinare una certa immunità in quegli animali che già per natura sono più resistenti verso l'infezione tubercolare, nei bovini e nelle pecore. Questa immunità non è però costante, essa dura per un tempo molto breve.

Analogamente a questi risultati sperimentali, possiamo ammettere che la vaccinazione alla Calmette giovi a quei bambini, che già naturalmente dispongono di un certo grado di resistenza verso la tubercolosi; l'immunità provocata dal vaccino favorisce la guarigione della malattia se questi bambini vengono poi infettati, e si oppone fino a un certo punto alla tendenza progressiva dell'infezione e alle successive reinfezioni. Per i bambini che non dispongono di resistenze naturali contro l'infezione tubercolare, la vaccinazione alla Calmette è probabilmente inefficace.

POLLITZER.

Granulemia prebacillare e bacillosi.

(A. CALMETTE. *Press. Méd.*, n. 23, marzo 1930).

Fontès (Rio de Janeiro) nel 1910 scoprì l'esistenza di elementi virulenti, invisibili e filtrabili, nei prodotti tubercolari; ma solo nel 1923 dopo la comunicazione di Vaudremer alla Société de Biologie di Parigi, un'infinità di lavori intrapresi in tutte le Nazioni confermarono e perfezionarono questi concetti.

I fatti più importanti che si poterono stabilire furono i seguenti: presenza di elementi virulenti, invisibili e filtrabili, negli organi, nel pus, espettorato, sangue, urina, latte, liquidi pleurici e nelle culture giovani dei bacilli di Koch; possibilità di passaggio di questi elementi invisibili attraverso la placenta delle donne e degli animali tubercolosi in gestazione; infezione ed intossicazione frequente del feto e del neonato per opera di questi elementi filtrabili che si coltivano solo con grandi difficoltà e solo in mezzi artificiali contenenti vitamine; messa in evidenza nelle culture di questi virus, di una tossina assai attiva e labile, differente dalle tubercoline ed a cui si debbono attribuire la denutrizione progressiva, e la morte inesplicabile che si hanno nelle prime settimane di vita dei neonati da madri tubercolose.

Recentemente a questi fatti, la cui importanza non può sfuggire, si sarebbero aggiunte le interessantissime osservazioni di vari stadi di evoluzione dell'intravirus (Morton C. Kohn) che apparirebbero prima come grani di polvere estremamente fini, poi di granuli cocciformi alcuni dei quali darebbero nascita a dei bacilli assai fini che si allungano, si dividono per scissione trasversale, acquistano acido-resistenza, che loro prima mancava, e divengono veri bacilli di Koch.

L'ultravirus ha la curiosa proprietà di coltivarsi bene, e di localizzare i suoi effetti sopratutto negli organi linfatici, di preferenza nei gangli coronari, tracheobronchiali e mediastini. Ivi esso compie gli stessi stadi evolutivi che nelle culture e si trasforma in bacilli di Koch, ma non crea mai delle vere lesioni tubercolari, ma solo delle iperplasie ganglionari. I tubercoli non compaiono che dopo diverse reinoculazione o passaggi successivi da animale ad animale, essi acquistano allora tutte le proprietà del bacillo tubercolare virulento.

Di fronte a questi fatti nuovi anche *la clinica* deve modificare le sue vedute. Oggigiorno si devono quindi distinguere: 1) un gruppo di malattie, generalmente acute determinate dall'ultravirus e caratterizzate dalla assenza o rarità delle forme nominali acido-resistenti del bacillo. Per questo gruppo il Calmette propone il nome di *granulemia prebacillare;* e 2) un secondo gruppo di malattie, a decorso generalmente cronico, che rappresenta sia la fase terminale di una infezione realizzata dapprima

dell'ultra-virus, poi dai bacilli acido-resistenti che ne derivano; sia una infezione realizzata *d'emblée* dalla penetrazione diretta dai bacilli di Koch nell'organismo. Queste malattie devono andare sotto il nome di *bacillosi*.

Nel primo gruppo di malattie entrerebbero tutte quelle forme che la clinica già da lungo sospetta di natura tubercolare, pure non potendone dare ancora la dimostrazione, e che gli AA. moderni ritengono dovute ad ultravirus: p. es., versamenti pleurici, pericardici, peritoneali, articolari, meningei; idrocele; eritema polimorfi; diverse affezioni della pelle (sarcoidi, tubercúlidi papulo necrotici); la tifobacillosi, ed infine la miliare in cui è difficile scoprire dei veri bacilli, mentre il sangue è ricco di ultravirus.

Bisognerebbe dunque ammettere che, come lo presentì Baumgarten, esiste una tappa prebacillare virulenta che precede la localizzazione tubercolare.

Si deve oggi riconoscere che il bacillo scoperto nel 1882 da Koch rappresenta solamente uno degli stadi di evoluzione ed una forma di resistenza del virus tubercolare; aspetta alla clinica di delimitare i domìni rispettivi della granulemia prebacillare, della granulia propriamente detta (forma di passaggio) e della bacillosi.

L. TONELLI.

La topografia delle lesioni tubercolari in 62 casi di forme unilaterali.

(BERTIER e CARBONEL. *Marseille Méd.*, 67° anno, n. 12, 1930).

Le manifestazioni apparentemente iniziali sono ben lungi dall'essere esclusivamente apicali come sostenne Graucher; le manifestazioni polmonari di riattivazione sfuggono a qualunque sistematizzazione clinica, ma presentano tuttavia delle zone di elezione: il lobo superiore, la regione sottoclavicolare e le vicinanze immediate dell'ilo.

Sotto questo punto di vista gli AA. dividono le loro 62 osservazioni in sette gruppi, cioè:

1) lesioni apicali;
2) infiltrazioni sottoclaveari limitate;
3) lobiti (infiltrazioni lobari totali);
4) scissuriti o meglio iustascissuriti;
5) caverne isolate;
6) lesioni parailari;
7) lesioni unilaterali disseminate.

Il primo gruppo si trovò nel 14% dei casi e per lo più a sinistra. Il secondo gruppo è più interessante ancora. Per quanto non sempre in modo classico si ebbe spesso una immagine ricordante il focolaio sottoclaveare di Assmann furono sempre, in questi casi, constatabili una associazione con una forte reazione dell'ilo e una evoluzione estremamente rapida.

La percentuale fu di soli 4 casi su 62. Il terzo gruppo ha dato il 20% dei casi. Anche numerose sono state le iustascissuriti. Il quinto gruppo delle caverne isolate è stato trovato nel 6,6% e sempre nel lobo superiore.

Nel 24% dei casi si trovano lesioni parailari. Queste talora ricordano l'aspetto delle adenopatie infantili, ma se ne distinguono perchè l'ombra è negli adulti meno omogenea, e perchè in proiezione obliqua lo spazio retrocardiaco rimane chiaro. Altre volte si presentano come striscie verticali che ricordano l'aspetto della pleurite mediastinica, però hanno una opacità minore di quella che si ha nei versamenti pleurici.

Non è qui inutile ricordare che Armand-Delille, Lestocquay e Vibert, hanno trovato all'autopsia che una lesione che radiologicamente appariva per un tipo di lesione a punto di partenza ilare, era in realtà localizzata nell'angolo polmonare occupante la doccia vertebrocostale. Il settimo gruppo dette solo quattro casi.

Si può concludere che il risveglio tubercolare non si produce generalmente solo all'apice, sebbene qui si trovi nel 14% dei casi. Ma tuttavia la zona elettiva di questi risvegli è la parte tra clavicola e la scissura superiore (44 % dei casi). In secondo luogo che non si può essere assolutisti ed ammettere la costanza di una data sede come zona di risveglio, ma si deve oggi essere ecclettici. Infine, constatazione non meno importante in pratica, è quella triste che questi malati di così dette forme iniziali vengono invece purtroppo scoperti quando le forme sono tutt'altro che iniziali.

L. TONELLI.

Tubercolosi polmonare e diabete.

(R. FITZ. *American Journal of Medical Sciences*, agosto 1930).

Il coma, la gangrena e le infezioni sono le complicazioni più pericolose del diabete. Tra le infezioni un posto preminente è occupato dalla tubercolosi.

Le statistiche raccolte dai numerosi autori che si sono occupati dell'argomento concorderebbero nell'ammettere che la tubercolosi polmonare si verifica nell'1,6% dei casi di diabete.

Il diabete e la tubercolosi sono malattie che si riscontrano separatamente in tutte le età. La combinazione diabete-tubercolosi è rara nei giovani e diventa sempre più frequente con l'avanzare dell'età.

La tubercolosi si verifica con più facilità in diabetici di condizione povera e che una volta obesi deperiscono più o meno rapidamente. Vi vanno particolarmente soggetti gli individui che trascurano ogni trattamento.

Non di rado capita di osservare malati di

petto che ignoravano di essere diabetici con forte glicosuria e glicemia.

E' stato notato che i diabetici-tubercolotici sono i più resistenti al trattamento insulinico. Tanto che è stato suggerito di pensare alla coesistenza della tubercolosi, anche quando ne manchino i sintomi clinici, ogni qual volta un diabetico non migliora al trattamento adatto.

In effetti la tubercolosi può iniziarsi nella regione ilare e decorrere per qualche tempo senza alcuna manifestazione all'infuori della progressiva perdita di peso e di qualche elevazione febbrile.

Ma più comunemente si presentano i segni caratteristici della regione apicale: tosse, febbre, deperimento, ottusità e rantoli agli apici; espettorazione con reperto microscopico positivo.

In ogni caso sospetto conviene praticare l'esame radiologico.

Quando la tubercolosi si è manifestata con evidenti sintomi clinici assume subito un andamento rapidamente progressivo ad onta di tutti gli sforzi fatti per arrestarla.

Nei casi studiati la morte si è verificata nell'86%, e entro un anno nel 63%, in meno di tre anni nel 23% ed in più di tre anni nel 13%.

Talvolta l'infezione assume un decorso acutissimo.

Il trattamento consiste nel riposo assoluto ed in tutte quelle altre misure che si adoperano contro la tubercolosi polmonare ordinaria. Si deve aggiungere il trattamento insulinico.

La prognosi è per lo più infausta. Si possono avere periodi più o meno lunghi nei quali sembra che il progresso del processo polmonare sembra arrestato, ma improvvisamente e senza alcuna causa apparente esso ritorna attivo.

Tenuto conto della tendenza di diabetici a contrarre la tubercolosi e che questa suole assumere in essi un carattere particolarmente grave, conviene in ogni caso di diabete praticare periodicamente esami minuziosi allo scopo di accertare non appena comparse le eventuali lesioni tubercolari, che, come in ogni altra forma, affrontate nella fase iniziale sono più suscettibili di cedere al trattamento adeguato.

DR.

Risultati del trattamento chirurgico della tubercolosi.

(E. ARCHIBALD-M. ISELIN. *Archives des maladies respiratoires*, 1929, n. 2).

I buoni risultati della chirurgia polmonare non dipendono tanto dalla tecnica operatoria, quanto dalla scelta giudiziosa dei malati, cioè dalle indicazioni operatorie: questo vuol dimostrare l'Archibald riportando le sue 167 osservazioni operatorie fatte in nove anni.

I procedimenti operatori:

La toracoplastica totale è l'operazione di uso comune; essa deve essere extrapleurica, sottoperiostea, con resezione bene addietro, di undici coste. Resezione portata fino all'apice delle apofisi trasverse.

La frenicectomia, più semplice, meno efficace, è indicata in tre casi: a titolo di prova, allorchè non si è sicuri sulla resistenza del polmone opposto, ovvero come coadiuvante della toracoplastica, ovvero ancora come metodo isolato in lesioni estese, in denutriti.

La pleurolisi: la sezione delle aderenze pleuriche che in un pneumotorace impediscano lo schiacciamento completo del polmone.

I risultati debbono valutarsi a seconda si tratti di:

tubercolosi parenchimatose non complicate,

di tubercolosi nel corso di pneumo artificiale,

di tubercolosi complicate da pleurite purulenta.

I malati che vengono al chirurgo possono dividersi, come fa il Sauerbruch ed il Brunner, in: casi buoni, casi discutibili, casi cattivi.

Nei casi buoni si tratta di tbc. croniche con predominio unilaterale, fibrose, magari con ulcerazioni, con piccolissime caverne, senza lesioni opposte. Stato generale buono, apiressia, pneumo fallito, infruttuose le cure sanatoriali, bacillifero, debole.

Nei casi discutibili si tratta di maggiori lesioni dal lato malato, di caverne voluminose, progressive, però con segni di retrazione; nel polmone opposto lesioni sospette, a tendenza magari essudativa. Stato generale mediocre, sub-febbrile, debolezza, anoressia, bacillifero. Prognosi medica infausta.

In un caso cattivo, le lesioni, benchè apparentemente ancora limitate, o sono considerevoli, o sono in progressione. È un caso cattivo quando vi sono grosse caverne in due lobi. Nel lato opposto lesioni che nel mese precedente hanno dato segni di attività (se sono attive nel momento dell'operazione, è inutile parlare di intervento). Febbre alta da mesi, progressivo dimagramento; questi malati tendono a « scivolare ».

I malati di qualsiasi categoria, in seguito all'intervento possono essere: praticamente guariti, molto migliorati, mediocremente migliorati, morti (e fra i morti occorre distinguere i morti operatori, dai morti per complicazioni o per ripresa del processo tubercolare). Ora ecco le statistiche dell'Archibald:

Casi buoni: 30 operati, di cui 24 da più di un anno; di questi 4,2 % morti operatori; 67 % guariti; 4 molto migliorati.

Casi discutibili: 45 operati da più di un anno: di essi il 6,6 % morti operatori; 17 (38 %) praticamente guariti; 8 molto migliorati; 9 mediocremente migliorati; 2 aggravati; 5 morti per evoluzione della tbc.

Casi cattivi: 21 operati; di essi nessuno è guarito; 3 sono migliorati; 4 mediocremente migliorati; 14 morti (8 operatori - 38 % -, 6 per evoluzione della tbc.); 7 sono stati frenicectomizzati con 5 morti per evoluzione della loro tubc., di 2 altri nulla si è saputo.

Dall'esposizione numerica sorge il contrasto fra i successi della prima e seconda categoria ed i cattivi risultati della terza, tanto da farci dire perchè vengono operati malati simili. Tutti questi dati ci dicono quanto è importante la scelta dei malati: nei morti operatori si contano malati che non hanno potuto sopportare la frenicectomia, sia il primo tempo della toracoplastica, evidentemente per il cattivo stato generale.

A parte bisogna parlare della tubc. complicata da pneumotorace: il chirurgo in tali casi interviene due volte, o quando il pneumo è parziale, cioè insufficiente, o quando è quasi totale per briglie.

I malati che da qualche tempo hanno un pneumo parziale non tardano a mostrare i segni dell'evoluzione della tbc. È indicato allora l'intervento o con toracoplastica parziale alta, con conservazione del pneumo in basso, o con toracoplastica totale. Il momento dell'intervento dipende dalla natura delle lesioni. A. ha operato nove malati: quattro toracoplastiche parziali con due guariti e due morti non operatori; cinque toracoplastiche totali con due guariti.

Nel pneumo totale insufficiente per briglie, queste possono essere: briglie spesse, corte, superiori, talora con tessuto polmonare, difficili a tagliare. È indicata la toracoplastica totale o parziale; briglie sottili e lunghe, fibrose, facili alla Jacobeus: i chirurghi preferiscono resecarle a cielo scoperto, con la resezione di una costa. Briglie con inserzione polmonare a livello di una caverna, pericolo di perforazione con empiema. La loro resezione porta nel 15-20 % dei casi a suppurazione pleurica. Preferibile è perciò la toracoplastica precoce. Sei casi simili ha operato A. con quattro buoni risultati e due morti per evoluzione della tbc.

Un cenno speciale meritano le pleuriti purulente tbc.: esse possono essere:

Versamenti sieropurulenti (pleurite svelata dalla puntura, o consecutiva a pneumo spontaneo, o complicante un pneumo artificiale). In molti di questi casi è inutile insistere sulle ripetute punture, evacuazioni, reinsufflazioni, il caso è « chirurgico ». Sei ne ha operati l'A.: tre sono guariti, due molto migliorati, uno mediocremente migliorato.

Versamenti purulenti consecutivi a quelli precedenti: evoluzione lenta, stato generale buono, pus verdastro, bacillifero. Toracoplastica totale, posteriore e laterale in tre o quattro tempi. Di sette malati operati, due sono guariti, uno molto migliorato, uno migliorato, uno morto sei mesi dopo l'operazione. Questi risultati sono tanto più importanti in quanto colla solita terapia sono votati alla morte.

Versamenti sovrainfettati: termine di uno dei versamenti precedenti, o insorti per perforazione di caverne in pneumo artificiale o spontaneo. Pus, spesso fetido, stato generale grave, spesso fistole broncopleuriche, evoluzione letale. Se la cura con punture ed irrigazioni non giunge ad arrestare l'infezione, bisogna drenare e resecare con residua fistola e pericolo di complicazioni mortali. Dal punto di vista operatorio, se c'è stato generale relativamente buono, bisogna distinguere quei casi in cui si può fare una toracoplastica, e quelli in cui si dovrà drenare con resezione. Il drenaggio non impedirà a quasi tutti di morire, ma una minoranza, sebbene piccola, potrà con successiva toracoplastica totale, migliorare. Il problema non è tanto di tecnica chirurgica quanto di precocità di intervento. Quattordici pleuriti purulente sovrainfettate sono state operate al Royal Victoria Hospital: in dodici casi fu fatta una semplice resezione costale con drenaggio pleurico: sei morirono da uno a cinque anni dopo l'operazione, uno è stazionario. Cinque casi con fistola sono stati operati secondariamente con toracoplastica totale: due sono molto migliorati, uno mediocremente, uno è in cura, uno è morto. Due ebbero una toracoplastica *d'emblée*; uno morì, l'altro viveva un anno dopo l'operazione. Risultati dunque in questa categoria pessimi.

La cattiva reputazione della chirurgia nella tbc. polmonare è dovuta al fatto che medici e chirurgi le imputano una grave mortalità operatoria. Ora le statistiche dell'A. mostrano che essa, in 112 toracoplastiche praticate da più di un anno, è solo dell'11 %; il 14 % morì per evoluzione della malattia. Considerati i casi scelti per l'intervento (avanzati!), considerata l'evoluzione normale di 112 tbc. avanzati, siamo spinti ad ammettere che ben più della predetta percentuale sarebbero morti spontaneamente. E le statistiche dei Sanatori stanno a dimostrare che quasi tre quarti soccombono in più o meno tempo. E di contro ai morti ben il 37 % sono praticamente guariti. Di qui l'interesse sociale del trattamento chirurgico: tutti i malati erano giustiziabili di molti anni di cura sanatoriale, erano sempre contagiosi, inabili al lavoro. La cura chirurgica li ha lasciati poco tempo al sanatorio e li ha resi non contagiosi ed atti al lavoro. Pertanto queste considerazioni debbono essere meditate dai medici più che dai chirurgi: la necessità di una stretta collaborazione medico-chirurgica si fa sentire nelle affezioni del petto molto più imperativamente che nella neurologia. Considerato il progresso che questa collaborazione ha fatto fare alla neurologia, se ne può intravedere l'effetto per le malattie respiratorie.

MONTELEONE.

ONCOLOGIA.

Quali sono le tendenze attuali della cancerologia?

(N. GOORMOGHTIGH. *Revue Belge des Sciences médicales*, 1930, n. 1).

Per orientarci chiaramente sulle questioni, procediamo con ordine, ed anzitutto esaminiamo su quale materiale sperimentale attualmente gli studiosi lavorano.

Da C. Firket (1892) fino al 1913 ci si occupò soltanto dei tumori innestati, ossia dei tumori spontanei del topo trapiantati in serie a generazioni successive di animali.

Ma questi tumori mostrarono un comportamento poco simile a quello del cancro umano, mancando in essi l'andamento distruttivo e la tendenza alle metastasi, per cui il risultato di quei lavori fu accolto con molto scetticismo.

Dopo il 1913, grazie ai lavori di Peyton Rous sul sarcoma della gallina, siamo stati in grado di provocare sperimentalmente la proliferazione maligna del tessuto sano, prima del nostro intervento.

Attualmente si conoscono come tumori sperimentali:

1) *Il sarcoma di Rous*, di cui l'iniezione di filtrato provoca senz'altro lo sviluppo d'un tumore del tipo analogo a quello da cui proviene il filtrato.

2) *Il cancro da nematodi* (*Fibiger*).

3 *Il cancro da catrame.*

La varietà dei mezzi per produrre il cancro, mostra come ancora non si conosca l'agente causale specifico, e come possa agire secondo diverse modalità, tra le quali sembra avere una certa importanza l'irritazione cronica.

Fermiamoci intanto a considerare ciò che ciascuno di questi cancri sperimentali, ci ha rivelato in particolare:

Il sarcoma di Rous è stato, ed è ancora, il più studiato: esso ha dato in questi ultimi anni le maggiori speranze e le maggiori disillusioni. Da esso Gye e Bernard credevano di aver isolato un virus agente di concerto con una sostanza specifica.

Carrel ha studiato anche il sarcoma delle galline: egli coltivando *in vitro* le cellule sarcomatose di Rous ha trovato che quelle vi si comportano per le loro proprietà liquefacenti del mezzo, come monociti cioè come reticulociti. Ma ciò che ha maggiore interesse pratico è che Carrel è giunto a provocare la proliferazione maligna dei tessuti delle galline, mediante iniezioni di arsenico, di indolo e di scatolo: ora liberandosi queste due ultime sostanze nell'organismo umano da funzioni normali, fisiologiche, sarebbe interessante sapere se possono contribuire allo sviluppo del cancro.

Ma queste ricerche non hanno avuto seguito, avendo Begget e Cramer, dimostrato che i dati riportati da Carrel sono il risultato di contaminazioni avvenute nei laboratori dove numerose galline portatrici del sarcoma di Rous, sono in osservazione.

Il cancro da vermi parassiti (*spiroptera neoplastica*) ottenuto da Fibiger non è praticamente maneggevole nei laboratori di cancrologia.

Le esperienze di Fibiger sono però ricche di insegnamenti, esse hanno messo in luce la nozione della predispozione cellulare, ridonando interesse alla vecchia teoria di Conheim; il verme sarebbe però portatore del virus.

L'autore che più si è accanito nel sostenere la natura infettiva del cancro è Borrel. Fin dal 1906 egli ha descritto la presenza di filarie microscopiche in vicinanza dei tumori spontanei del topo, ma i suôi lavori, sebbene numerosi, non hanno portato ad alcun risultato decisivo.

Il cancro sperimentale da catrame, ha formato l'oggetto, in questi ultimi anni, di un gran numero di lavori ed è bene fermarsi sui risultati di questi.

Una prima questione è stata approfondita. Qual'è l'elemento attivo del complesso miscuglio che costituisce il catrame? Bayet sostiene che sia l'arsenico, ma non così la maggioranza degli autori. Sembra che i prodotti cancerigeni del catrame si trovino tra quelli che hanno un punto di ebollizione molto elevato, sebbene non sia stato possibile isolare un gruppo definito di composti chimici con azione cancerigena.

Il cancro da catrame ha d'altra parte avuto il merito di chiarire il cancro professionale. Il cancro degli spazzacamini è stato studiato da Percival Pott nel 1775.

Verso la fine dell'ultimo secolo l'attenzione è stata attratta sul cancro sviluppantesi presso gli operai che manipolano gli olii pesanti ed il catrame e spesso quelli che lavorano nelle industrie di colori d'anilina (cancro urinario).

Vi era prima su questa questione molto scetticismo in quanto si osservava lo sviluppo del cancro in un piccolo numero di quegli operai, e soltanto dopo un periodo di tempo molto lungo (10, 15, 20 anni) per cui si dava importanza all'età dell'uomo e si metteva in seconda linea la causa professionale. Oggi le opinioni a questo riguardo sono cambiate essendosi dimostrata la possibilità di provocare cancri sperimentali, mediante applicazione prolungata di agenti irritanti (catrame, lanolina, olio di paraffina).

In Inghilterra, fin dal 1920 ogni ulcerazione epiteliomatosa della pelle, è considerata malattia industriale e ne è obbligatoria la denuncia.

Ciò che sopratutto ci mostrano d'importante le esperienze fatte con il catrame sul topo, è il lungo tempo necessario all'agente irritante per provocare il cancro, e questo ci fa spie-

fare la presenza del cancro nell'uomo di età matura.

Un quarto punto che il cancro da catrame ha posto in luce e che trova riscontro in clinica è la questione della suscettibilità generale. Vi sono nell'uomo come nel topo dei fattori generali di suscettibilità al cancro: l'organismo *in toto* è atto o no a cancerizzarsi: se lo è, le condizioni locali intervengono per fissare la sede del tumore (Murray).

Ci domandiamo in che consiste questa sensibilità generale, al cancro: per una certa parte, essa è verosimilmente ereditaria, sebbene, a questo riguardo, non possiamo avanzare ancora idee troppo semplicistе.

Le osservazioni pazienti ed estese di Maud Slye mostrano che la predisposizione cancerosa si comporta come un fattore mendeliano regressivo.

Si lavora molto ancora per precisare quali fattori intervengano nella creazione di questa suscettibilità e quali siano capaci di modificarla.

Maisin ha attratta l'attenzione su una serie di condizioni sperimentali che favoriscono la cancerizzazione degli animali; secondo lui le iniezioni di sali di ionio accorcerebbero il tempo di latenza e predisporrebbero l'animale alla metastasi. Il regime sembra anche avere influenza. E' discussa ancora l'influenza delle ghiandole sessuali.

I collaboratori di Maisin hanno dimostrato che la castrazione favorisce lo scoppio dei tumori e la diffusione delle metastasi. Ma altre esperienze non sono concordi per cui bisogna ancora perseverare nello studio prima di dire in proposito l'ultima parola. L'autore stesso insieme con Amerlink, suo collaboratore, ha dimostrato che iniezioni ripetute di follicolina, sono capaci di produrre adenomi mammari, la cui importanza, come lesione precancerosa, è fuori dubbio.

Reding attribuisce importanza alle paratiroidi, che regolando il metabolismo del calcio, influenzano il pH del sangue.

In questo ordine d'idee, le comunicazioni di Slosse e Reding hanno avuto eco. Secondo essi la malattia del cancro è caratterizzata oltre che dallo sviluppo del tumore, da forti turbe umorali, la dimostrazione delle quali, potrebbe contribuire alla diagnosi del cancro. Ma nonostante il merito di questi lavori, è bene riservarci ancora di accettare il loro valore determinante.

E' stata anche incriminata, come stato preparatorio al cancro, *l'avitaminosi*. Mc. Garrison aveva a questo proposito pubblicati dei dati interessanti: i piccioni sottoposti a regime di carenza si sarebbero mostrati più suscettibili al cancro; ma niente di positivo è stato ancora stabilito.

Lo studio dei cancri sperimentali, ha tuttavia portato delle luci molto utili che fanno bene sperare per l'avvenire.

Ma il problema è anche abbordato in via indiretta, in quanto si torna a studiare il determinismo della moltiplicazione cellulare e della sua continuazione. Fa parte di questo programma il problema della partenogenesi sperimentale. Dustin ha dimostrato che i fenomeni di picnosi (distruzione nucleare) e di mitosi dipendono gli uni dagli altri. Dopo una *poussée* divisionale intensa, l'onda di picnosi sembra come un fenomeno limitativo che riporta al normale il numero delle cellule. Al contrario l'onda di cariocinesi sembra preparata da un'onda di picnosi. Certi veleni del nucleo (es.: la tripaflavina) a dosi minime, e così i raggi a piccole dosi, uccidendo un piccolo numero di nuclei, sono capaci di provocare moltiplicazioni cellulari sorpassanti in importanza quelle di picnosi.

Ripetendo l'iniezione l'organismo normale finisce per non più reagire: è cinefilattizzato. Questa cinefilassi non si manifesterebbe negli animali cancerosi. Gli stessi effetti si ottengono con variazioni brusche del pH, che piegando desso l'acido provocherebbe picnosi; l'alcalosi favorirebbe la mitosi.

E' evidente da ciò l'importanza delle ricerche di Slosse e Reding, se venissero confermate, poichè si potrebbe allora ammettere che l'alcalosi osservata da questi autori scatena o favorisce la moltiplicazione delle cellule.

Harde e Denysz pare che arrivino a conclusione opposte a quelle di Dustin, poichè secondo loro sono piuttosto delle reazioni in senso acido che favoriscono l'accrescimento rapido dei tumori.

Le sottilissime ricerche di Dustin sono ancora circondate da concezioni ipotetiche: tuttavia esse hanno il merito di aver dimostrato che una distruzione nucleare o cellulare, può favorire, per un meccanismo ancora sconosciuto, un'onda divisionale.

Bisogna credere che la distruzione o l'autolisi cellulare metta in libertà sostanze eccitanti la proliferazione cellulare, ciò che risulta ancora più evidente dai lavori di Drew. E' noto che in coltura i tessuti non cominciano a proliferare che dopo un tempo di latenza di parecchi giorni: basta aggiungere un po' d'autolisato alla coltura per vederla entrare in proliferazione subito. Fatto importante è che si ottiene lo stesso effetto aggiungendo del succo di cellule cancerose (non autolizzate).

Il parallelismo tra le ricerche di Dustin e di Drew è evidente: l'azione prolungata di irritanti di ogni natura può mettere in libertà per distruzione nucleare o protoplasmatica, nel seno della cellula, sostanze eccitanti la moltiplicazione che restano nell'elemento canceroso, in seno al suo territorio cellulare.

Vi sono inoltre attualmente numerose ricerche che indicano in qual senso il metabolismo dell'elemento canceroso è sviato.

Fischer ha trovato che in coltura le cellule

cancerose, contrariamente a quelle normali; possono vivere indefinitamente; e ciò perchè la cellula cancerosa è capace di utilizzare delle sostanze che la cellula normale è incapace di assimilare. Warburg a questo proposito ha dimostrato che la cellula cancerosa è capace di produrre energia senza la presenza dell'ossigeno, ossia può utilizzare l'energia potenziale del glicogeno senza il processo di ossidazione. Di poi è stato dimostrato che questa proprietà è posseduta anche dai tessuti normali in proliferazione: le ricerche di Warburg ci mostrano quali risorse vitali possiede la cellula cancerosa.

Conchiudendo su quanto abbiamo esposto, dobbiamo riconoscere che ancora la natura del cancro ci sfugge completamente, in quanto nulla ci permette per ora, di dire che il cancro umano sia dovuto ad un virus simile a quello scoperto nel sarcoma della gallina, e nulla ci può fare ammettere una etiologia infettiva.

Di positivo sappiamo ora dell'importanza dell'irritazione cronica agente di per sè ovvero preparando le cellule a ricevere l'azione di un virus.

Il progresso maggiore raggiunto sino ad oggi è rappresentato dalla facoltà di provocare cancri sperimentali. Questi ultimi ci hanno dimostrata la realtà dei cancri professionali, la necessità di fattori generali, senza di cui la cancerizzazione non è possibile, e sopratutto la lunga durata necessaria all'agente irritante per dar luogo alla proliferazione maligna.

Questi dati per nulla trascurabili, debbono ora interessare il pratico. Se un giorno saremo in grado d'intraprendere una profilassi anticancerosa, essa dovrà esser diretta quasi certamente verso l'infanzia e l'adolescenza.

Così, in questa materia, come in altra, indirizzando le nostre cure ai fanciulli, potremo sperare di migliorare le sorti dell'umanità.

Monteleone.

Osservazioni sull'uso di «semi» di radon nella cura del cancro.

(Sottar. *The British Medical Journal*, 23 agosto 1930).

L'uso di emanazioni di radon sotto forma di « semi » è vantaggioso e l'autore se ne è servito negli ultimi due anni, escludendo gli altri metodi, ogni volta che gli è stato possibile. Dal punto di vista chirurgico la radiazione del radon è identica a quella del radio colla differenza che, mentre il radio è una sorgente costante e non variabile di radiazione, il radon, separato dalla sua generatrice, rapidamente perde attività, tanto che nulla rimane dopo un mese di 100 millicurie di radon. L'A. adopera « semi » di 1-2 millicurie di radon protetti da sottile strato di argento, che si possono assicurare ad un filo, se occorre. Questi semi sono lunghi 5 mm. e hanno diametro di mm. 1,5. I semi si possono quasi sempre lasciare in sito permanentemente senza inconvenienti. Se ne possono adoperare molti contemporaneamente, secondo la vastità della zona da irradiare.

Si ammette generalmente che 1 millicurie di radon usato fino ad esaurimento è sufficiente a distruggere tutte le cellule cancerigne poste entro il raggio di 0,5 cm., questo può servire solo come orientamento nel calcolo della dose.

L'introduzione dei semi si fa con speciale agocannula al quale l'A. ha applicato un dispositivo che permette il rapido deposito di un numero rilevante di semi. Per applicazioni esofagee l'agocannula non è adatto e ci si deve servire di uno speciale introduttore da usarsi sotto il controllo della vista coll'esofagoscopio.

La lingua è particolarmente adatta all'uso dei semi ed è necessario trattare collo stesso metodo anche le glandole che presentano metastasi. Il torace si presta bene a questo genere di terapia. Anche il retto si presta alla cura.

Furono trattati così 85 ammalati. Sulla pelle si notano i migliori risultati: in 11 casi il tumore è sempre scomparso senza recidive nello spazio di 27 mesi. Pel cancro del labbro su 5 casi, 3 sono stati bene 6, 13 e 15 mesi rispettivamente. I cancri della lingua erano stati tutti sottoposti ad altre cure ed erano casi senza speranza; in tutti i casi però ci fu rapida risposta alla cura ed in tutti meno uno il tumore scomparve; in 4 casi furono curate contemporaneamente anche le glandole infiltrate che rapidamente decrebbero; in 5 casi ricomparvero i tumori. Dei tumori della bocca curati in 1 solo non si è avuta recidiva dopo 2 anni. Su 11 cancri operabili del petto trattati col radon non si ebbero recidive nello spazio di 6 mesi-1 anno. Liberi da recidive dopo periodo vario rimasero anche tumori inoperabili del petto, fra i quali si ebbe un caso di morte e uno di recidiva. Buoni risultati ha avuto l'A. in 26 casi di cancro dell'esofago. Scomparsa del tumore e benessere che dura ancora dopo 6 mesi si ebbe in un caso di cancro del retto.

R. Lusena.

CENNI BIBLIOGRAFICI

S. CANNATA. *I disturbi di nutrizione del lattante.* Unione Tip.-Ed. Torinese, 1930. L. 10.

In tema di disturbi nutritivi del lattante non fanno certo difetto le pubblicazioni cliniche; non tutte però riescono a dare una idea esatta della complessa sintomatologia, sì che spesso lo studioso si disperde nei meandri dei tipi morbosi creati dagli autori, non riuscendo talora nemmeno ad individuare alcune delle forme descritte.

Il Cannata ha voluto offrire al medico pratico ed allo studente la possibilità di orientarsi rapidamente, ed ha adottato un suo schema, per il quale vengono distinti e descritti con chiarezza i disturbi ad evoluzione rapida, che comprendono la dispesia e la tossicosi, e i disturbi ad evoluzione lenta, comprendente la distrofia e l'atrepsia.

Il lavoro è inoltre corredato da tutte le nozioni fondamentali riguardanti i dati etio-patogenetici necessari a conoscersi per la migliore comprensione della parte patologica.

Si tratta, in sostanza, di una monografia assai raccomandabile a tutti i cultori delle scienze mediche e di quelle pediatriche in ispecie.

M. FABERI.

ENGEL e PIRQUET. *Handbuch der Kindertuberkulose.* Vol. II, pagg. 660, con 170 figure, Edit. Thieme. Lipsia, 1930.

È uscito a poca distanza dal primo. il secondo volume di questo trattato sulla tubercolosi dei bambini diretto da Engel e Pirquet (ve recensione precedente). Anche questa seconda parte è stata compilata da numerosi autori. I capitoli di questo volume riguardano la diagnosi, la prognosi e molto per esteso la cura della infezione e la profilassi.

L'edizione è molto accurata. VALDONI.

Scritti medici dedicati a Carlo Comba. L. Nicolai, ed. Firenze, 1929.

È una raccolta di circa 60 lavori pediatrici, pubblicata per festeggiare il 25° anno di insegnamento dell'illustre maestro.

Vi hanno contribuito colleghi e discepoli numerosi ed ammiratori stranieri, concorrendo ad una manifestazione di stima e di affetto ben meritata dall'illustre scienziato, il quale ha saputo spargere intorno a sè, attraverso ad una operosità mai interrotta, una rigogliosa messe di bontà e di sapere. M. FABERI.

FACCHINI V. *La sierodiagnosi della sifilide.* Vol. in 8° di pagg. 539. L. Cappelli, Bologna, 1929. L. 60.

Fu nel 1924 che l'A. presentò per la prima volta ai lettori questa sua grandiosa opera. L'esito fu favorevolissimo ed in breve tempo l'edizione si esaurì, ma l'A. solo ora per circostanze diverse ha potuto portare a compimento questa seconda edizione, che è suddivisa in più volumi.

Questo 1° raccoglie gli argomenti di maggiore interesse per il medico generico e pratico.

L'A. dopo brevi ma compiuti cenni storici, passa subito all'esposizione del metodo originale di Wassermann e delle modificazioni immediate. Viene successivamente ad una disamina delle questioni biochimiche e serologiche connesse alla natura ed alla preparazione dei vari ingredienti per la reazione, discute poi sulle variazioni e sui perfezionamenti metodologici e sui risultati della reazione eseguita altrove che sul siero.

Basandosi sull'ampia casistica personale, l'A. affronta in seguito il problema della specificità della reazione, scendendo ad una minuta analisi, quindi tratta dell'evoluzione e del comportamento della reazione sulle successive fasi dell'infezione luetica.

Da questo rapido sguardo appare evidente tutto l'interesse di questo 1° volume, donde è da augurarsi che i successivi volumi che riguarderanno campi speciali (ma che l'A. afferma già scritti) vengano presto alla luce per rendere completa questa bella opera italiana.

A. P.

C. BUCURA. *Die entzündlichen Erkrankungen der Weiblichen Geschlectsorgane Ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung.* Vol. di pagg. 206, J. Springer, Vienna 1930. Mk. 12,60.

Troppo spesso le affezioni infiammatorie degli organi sessuali femminili, curate troppo tardi e in maniera insufficiente, portano a lesioni delle porzioni più profonde dell'apparato sessuale, lesioni il più delle volte giustiziabili soltanto con interventi operatori gravi e demolitori. Ora questo non avverrebbe o avverrebbe in proporzioni molto più ridotte se il curante si preoccupasse a tempo di stabilire una sicura diagnosi e di istituire una terapia relativa, non disdegnando di occuparsi esso stesso di applicazioni e manualità terapeutiche. il più delle volte affidate all'esecuzione più o meno intelligente e precisa della paziente.

Al riconoscimento e al trattamento di queste affezioni è dedicato il volume del Bucura, ricco di preziosi insegnamenti pratici e steso nella forma più chiara e accessibile; senza inutili divagazioni e sfoggio di cultura. Larga parte è fatta naturalmente alla blenorragia, specie per quanto riguarda la dimostrazione del gonococco nei secreti degli organi sessuali femminili, dimostrazione di cui tutti sanno la difficoltà, ma della cui necessità pochi sono convinti, e per quanto riguarda la cura con esposizione dei più recenti metodi di immunoterapia e fisio-terapia.

La lettura di questo volume, prezioso per il venereologo e il ginecologo, sarà di sommo interesse anche per il medico pratico.

M. MONACELLI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXVI Congresso di Medicina Interna.

Roma, 13-16 ottobre 1930.

L'inaugurazione.

Alle ore 9,30 del 13 ottobre nell'Aula della R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I di Roma ha avuto luogo l'inaugurazione del 36° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Erano presenti quasi tutti i clinici e patologi delle Università Italiane, S. E. il Gen. Massarotti, il T. Col. De Bernardinis, il T. Col. Lovaglio, in rappresentanza della Sanità Militare, il Preside della Facoltà di Medicina, prof. Busi, la rappresentanza del Sindacato Medico Fascista e numerosi soci e aderenti convenuti da tutte le parti d'Italia.

Il Sen. Maragliano, Presidente della Società, ha preso per primo la parola e così ha detto:

Nello iniziarsi dei nostri lavori in quest'Aula il mio pensiero, e certo anche il vostro, ricorre a Guido Baccelli; qui dove lo spirito Suo aleggia e parla e parlerà sempre finchè la medicina Italiana terrà vivo il culto per colui che ne incarnò la dignità, la potenza ed il valore.

Or sono 42 anni inaugurando il primo nostro convegno — il 20 ottobre 1888 — Egli disse: « I Clinici sono coloro che colla scienza e coll'arte medica ogni dì perfezionata confortano la caducità, i dolori dell'umana famiglia ed elevano la intrinseca nobiltà del sapere, colla diffusa utilità di questo ». Ed i Clinici Italiani in questi 42 anni che da quel giorno trascorsero, non dimenticarono mai il compito che l'antico Maestro, con quelle scultoree parole assegnava ad essi.

Il lavoro delle Scuole Mediche Italiane esposto nelle trentacinque riunioni nostre precedenti lo dimostra, come lo dimostra quello che questa nostra trigesima sesta si propone di svolgere, col concorso e colle parole di Maestri insigni.

Da tutto questo complesso di lavori appare quale e quanto sia stato il contributo che gli Italiani, in concorso colle scuole mondiali hanno portato alla personificazione della clinica, quale branca bene individualizzata della scienza, scienza essa stessa, che feconda le conquiste dello scibile nelle varie sue branche, le corregge in quanto sono utilizzabili ai compiti suoi, che rifiuta le non utilizzabili, che crea, sempre intenta ad elevare — come dice il Maestro — la intrinseca nobiltà del sapere col renderlo utile all'uomo.

Ed oggi segnalo con compiacimento la consacrazione avuta dalla scienza mondiale testè ad Oslo, dove settecento eminenti studiosi di tutto il mondo, rappresentanti di trentadue nazioni, decretarono alla Clinica Italiana il trionfo nella persona di un Maestro suo: Carlo Forlanini invocando il concorso di tutto il mondo, maestri e non maestri, medici e non medici per la erezione in Roma di un monumento che sarà pure un ricordo perenne in onore della scienza clinica, che si è nobilitata nel compito suo più alto: la difesa dell'uomo da una delle più temute infermità che lo affliggono.

Nessun trionfo pari ebbe la clinica, da un secolo, in alcuna parte del mondo, quale quello che ebbe la Clinica Italiana e di qui lo addito ai Corpi Scientifici Italiani ed agli uomini di Stato Italiani e l'effige di Forlanini, torreggiante nel bronzo, perennemente lo additerà.

Lo addito perchè mentre in tutto il mondo civilizzato omai la personalità scientifica della clinica è riconosciuta, in Italia progressivamente è via via più misconosciuta e la sua posizione nell'ordinamento degli studi via via più depressa, con danno della preparazione dei medici a quei compiti che per la difesa della stirpe assegna loro la società.

È il culto prevalente delle scienze pure che da più anni ha preoccupato sempre più i nostri corpi scientifici ed i nostri uomini di Stato, per quanto non tutte quelle branche dello scibile annoverate fra le pure, tali effettivamente non lo siano, se l'attributo di pure si volesse esclusivamente consentire a quelle creazioni dello intelletto, che nascono e si svolgono indipendentemente da ogni concorso delle discipline affini.

E le varie branche delle scienze biologiche, cui non si rifiuta il titolo di pure, si nutrano vicendevolmente delle conquiste di tutto lo scibile e non si differenziano effettivamente dalla clinica, scienza biologica essa pure, che al pari di esse le utilizza, le feconda, le corregge e mette in luce verità ignorate.

La Clinica Italiana ha quindi ragione di aspettare la posizione che le spetta ed ha ragione di attenderla fiduciosa dal Governo fascista.

L'eminente pensatore che, cogli altri suoi compiti oggi ha quello di provvedere all'ordinamento degli studi superiori, in una sua mirabile orazione tenuta testè a Bolzano, inaugurando il convegno della benemerita Società Italiana pel progresso delle scienze, ha, e giustamente, ricordato che l'Italia fascista è oggi presa dall'ardore di realizzazione.

È quell'ardore con cui il Duce, mai dimentico di quanto interessa la vita che si vive, vuole che sia utilizzato tutto quanto è utilizzabile delle conquiste fatte in ogni campo della umana attività a beneficio di ogni interesse positivo e spirituale della patria Italiana, in questa rinnovata primavera della sua vita di grande nazione. Ed a raggiungere le alte finalità cui la chiamano i suoi destini la patria ha bisogno in primo luogo che la forza e la salute della stirpe siano curate, tutelate, aumentate e moltiplicate ed il Duce vuole che così sia.

Fiduciosi in questa attesa procediamo solleciti, ora nei nostri lavori, dolenti che il Collega eminente che con tanto amore ed intelligente cura, li ha ordinati, il nostro prof. Vittorio Ascoli, oggi ancora convalescente di una sofferta infermità, omai felicemente superata, non possa essere qui fra voi. Vadano a lui, i nostri voti nell'interesse della Clinica Scientifica Italiana, e pel decoro specialmente di questa Clinica Romana, in cui segue luminosamente le tradizioni del Maestro

Ed ora lavoriamo.

Terminato il suo dire, il Presidente ha dato subito la parola ai proff. P. Castellino e G. Scala di Napoli, i quali hanno svolto la loro Relazione su:

Diagnosi differenziale tra nevrosi viscerali ed organopatie.

Proff. P. CASTELLINO e G. SCALA (Napoli).

Conclusioni.

I RR. dedicano la prima parte dell'esposizione allo studio dei limiti e delle correlazioni che passano, conforme ai progressi contemporanei della

Clinica, della Patologia costituzionale, della fisiopatologia del sistema neurovegetativo ed endocrino, della biochimica, tra le organonevrosi e le organopatie, dimostrando che la maggior parte degli stimoli patogeni, come le variazioni dell'equilibrio neurovegetativo, dell'ormonico, dell'elettrolitico, dell'acido-basico, della curva glicemica, della colesterinica, per dire soltanto dei principali, sono comuni ai due gruppi di affezioni morbose. Determinano il concetto anatomopatologico più opportuno del termine « patìa » od « organopatia », conforme alle nozioni attuali del processo flogistico, da cui appare evidente come il sottogruppo di organopatie, meglio conosciuto per le sue caratteristiche citopatologiche come « organopatosi » è la vera zona di frontiera tra le organonevrosi e le organopatie. Auspicano perciò un maggiore incremento dell'Anatomia patologica costituzionale, grazie alla quale sarà sempre più agevole la illustrazione di questi rapporti tra la organonevrosi e la organopatia e da cui si dimostrerà sempre più come la prima rappresenti la fase di preparazione alla seconda.

Trattano poi delle più importanti dottrine della nevrosi, a cominciare da quelle di Sydenham, Cullen ed Axenfeld, fino alle ultime della scuola francese con carattere prevalentemente psicologico, dovute a Charcot, Janet, Forel, Dubois. Mettono in evidenza il carattere provvisorio di tutte queste interpretazioni, l'equivoco della designazione « Psiconevrosi » ed i vantaggi invece che offre la dottrina delle Nevrosi, secondo gli indirizzi della Morfologia Clinica di Achille De Giovanni. Illustrano così diffusamente la superiorità che la dottrina della *Somatogenesi delle Nevrosi* possiede in confronto di quella della *Psicogenesi*, tanto più che lo studio dell'Individualità, condotto secondo i dettami della Dottrina costituzionale, in omaggio appunto al concetto unitaristico della personalità come unità psico-somatica non esclude affatto la partecipazione, nello studio della Nevrosi in genere e delle organonevrosi in ispecie, di fattori psicogeni.

Trattano perciò dell'importanza che possiede il paleoencefalo depositario dei più elevati centri vegetativi, sul neoencefalo nell'imprimere le particolari note della costituzione e del temperamento all'individuo e di conseguenza perciò il gran valore che una patogenesi neurovegetativa possa porgere nello studio del meccanismo fisiopatologico delle nevrosi. Questo valore diventa tanto più considerevole dopo la *dottrina del sistema vegetativo* della scuola costituzionalistica germanica, la quale, unificando in un solo sistema i vari membri dalla membrana cellulare fino ai centri vegetativi più elevati, riconferma come tutto il sistema sia capace di funzionare in ambedue i sensi e come un perturbamento, dovunque indovato, si ripercuota su tutti gli altri elementi del sistema vegetativo.

Conforme a queste premesse dottrinali, definiscono il concetto più adeguato della Nevrosi vegetativa, ne illustrano la sua più frequente etiologia da disquilibri neurovegetativi nei quali predominano le prevalenze assolute o relative del parasimpatico e ricordano come la distribuzione stessa che le nevrosi vegetative presentano nei loro quadri nosologici riconfermi questa predominante origine della nevrosi vegetativa da parasimpaticoestesia. Queste considerazioni avvalorano il carattere di affezioni sistematiche da prevalenti aberrazioni dei foglietti blastodermici che anche le nevrosi viscerali, all'unisono con tutte le altre nevrosi vegetative, presentano. Teatro predominante delle nevrosi viscerali infatti sono i derivati dell'endoderma e del mesenchima e questo particolare carattere addita con maggiore evidenza come l'aberrazione possa essersi determinata nel tempo stesso sia negli apparati derivati dai suddetti foglietti, quanto nei meccanismi di correlazione neurovegetativo-endocrini loro preposti e forse prima in quelli che in questi.

La terza parte è dedicata alla diagnostica delle organonevrosi ed a quella differenziale tra le organonevrosi e le organopatie.

La diagnosi della organonevrosi, per quanto richieda la mancanza di alterazioni strutturali vere e proprie, non si giova soltanto di questo criterio negativo, ma si sorregge con maggiore sicurezza su criteri positivi.

Di questi i più importanti sono:

1) la valutazione del patrimonio ereditario del paziente, esplorato particolarmente nei suoi ascendenti e discendenti diretti, ma anche nei collaterali, con particolare riguardo alle costituzioni predominanti nei familiari, a manifestazioni di nevropatie ed endocrinopatie familiari, a prevalenze di disquilibri vegetativi ed endocrini a segni di temperamenti psichici, vegetativi ed endocrini predominanti a tendenze verso prevalenti organopatie familiari;

2) la valutazione dei precedenti anamnestici personali, dei quali appaiano segni di pregresse diatesi spasmofiliche, essudative, linfatiche, timico-linfatiche.

Merita importanza anche la ripetizione frequente sotto forma più o meno larvata di turbe vegetative che possano avere correlazioni più o meno intime con gli avvenimenti morbosi attuali;

3) le anomalie della pubertà maschile e femminile con particolare riguardo ad aritmie dell'accrescimento, lo studio dei disordini mestruali, le indagini della concomitanza della successione o dell'alternanza delle turbe nevrosiche con le singole fasi del periodo mestruale (premestruale, mestruale ed intermestruale). Hanno grande valore anche le anomalie della gravidanza, del puerperio, del climaterio e delle crisi di vecchiezza maschile.

Per l'anamnesi prossima dell'organonevrosi vanno presi in particolare considerazione:

1) lo studio della costituzione organica;

2) il disquilibrio neurovegetativo con particolare riguardo ai riflessi organo-vegetativi, ai caratteri dei capillari, ai perturbamenti delle reazioni farmacodinamiche e dell'equilibrio biochimico;

3) lo stato umorale (con attenzione a fenomeni di allergia, di colloidoclasia, di anafilassi) e la formula ematologica. Per questa ultima si rivolge particolarmente l'attenzione alle modificazioni del rapporto tra granulociti e linfociti, all'eosinofilia, a piastrinopenie, ecc.;

4) il carattere ritmico ed aritmico di alcuni disturbi della cenestesi, della temperatura, della veglia e del sonno e di altre attività vegetative. Si esplori quale sia la fase prediletta di queste turbe: se il sonno o la veglia, se lungi o vicino alle attività digestive, se in relazione o meno con fattori emotivi, climatici, barometrici, metereologici in genere, se in rapporto col periodo mestruale (e specialmente quale delle fasi di questo) con la gravidanza, col climaterio;

5) lo stato generale del paziente affetto da nevrosi viscerali e quello del paziente affetto da organopatia. Si discuta se il disturbo della nu-

trizione, la presenza di cachessia è carattere assoluto di diagnosi differenziale.

Dopo avere stabilito i criteri generali della diagnosi della nevrosi viscerale i RR. passano allo studio della diagnosi differenziale soffermandosi in particolar modo sulla cenestesi, la temperatura, le modificazioni delle attività vegetative, delle reazioni dermografiche. Dedicano un interessante paragrafo alla distinzione, invero ardua, tra dolore viscerale da organonevrosi e quello da organopatia, illustrando le prevalenti, ma non assolute caratteristiche di dolore profondo che il primo possiede.

E passano poi in rapida rassegna i criteri semeiologici più importanti per la diagnosi differenziale tra le nevrosi viscerali cefaliche, toraciche ed addominali e le più importanti organopatie che loro rispettivamente somigliano o con esse abbiano vincoli fisiopatologici.

Dopo questa minuziosa disamina i RR. non dissimulano quali gravi difficoltà presenti tuttora una siffatta diagnosi differenziale e concludono come sia più giusto, in tema di fisiopatologia, e più utile, in tema di diagnostica e di prognostica, di prendere in considerazione, accanto agli incerti caratteri differenziali, quelli più certi delle correlazioni che passano tra le organonevrosi e le organopatie e per i quali è doveroso considerare le prime stadi di predisposizione e, non di rado, di vera e propria preparazione alle seconde.

Una siffatta conclusione però non autorizza a ritenere che la diagnosi differenziale tra le organonevrosi e le organopatie sia impossibile. In molti casi e forse nel maggior numero la diagnosi differenziale può essere posta con rigorosa certezza, purchè l'osservatore si avvalga di tutti i metodi dell'anamnesi, dell'esame obiettivo fisico e funzionale e non si soffermi limitatamente sull'importanza dell'uno o dell'altro sintoma, qualunque sia il valore che questo possegga. Maggiore è il numero dei criteri adoperati, maggiori sono le probabilità di evitare l'equivoco diagnostico che in questo caso supera la dignità del clinico ed assurge ad un significato altamente umanitario, perchè in nessun altro caso, come in quello della distinzione dell'organonevrosi dall'organopatia, « *equivoco diagnostico equivale ad errore prognostico* ».

Però, anche quando la diagnosi dell'organonevrosi possa essere affermata con la più documentata sicurezza dei metodi d'indagine, la prognosi diventa di poco meno grave

Nell'interesse della pratica clinica è doveroso affinare i nostri metodi d'indagine per raggiungere, con una maggiore sicurezza di quanto non sempre sia consentito allo stato attuale delle nostre conoscenze, la diagnosi differenziale. Non meno interesse però deve sollecitare l'ardua questione dei confini tra l'organonevrosi e l'organopatia.

La dotta e interessantissima Relazione è accolta da ripetuti e unanimi applausi. Il Presidente fa quindi svolgere le seguenti comunicazioni:

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: MARAGLIANO, CASTELLINO.

WEINBERG (Genova). — *Sulla importanza e necessità degli studi sulle malattie dell'età avanzata.* — L'O. insiste anzitutto sulla importanza del fattore costituzionale e sulla disposizione individuale alle malattie, richiamando sopratutto l'attenzione come il biotipo umano subisca nel suo ciclo vitale delle modificazioni tali da determinare disposiz. fisiologiche e patologiche speciali e questo particolarmente in rapporto con la fase della vita o età nella quale si trova il soggetto.

L'O. accenna poi alle cause invocate *ab antiquo* per spiegare l'invecchiamento giungendo alla conclusione che, se molte sono le teorie, la *causa causarum* è tutt'ora oscura e molto probabilmente legata a fattori molteplici.

M. LANDOLFI (Napoli). — *Importanza della ricerca dei riflessi nella diagnosi differenziale tra nevrosi viscerali e organopatie.* — Insiste sulla importanza della ricerca dei riflessi viscerali in siffatta diagnosi differenziale ma insiste sopratutto su di un riflesso splenico studiato recentemente da Inglese, cioè la splenocontrazione provocata con la concussione splenica, il cui valore semeiologico è notevole.

Un'importanza a parte hanno i riflessi ovaro-viscerali (Marotta, Magliulo, Landolfi).

Col massaggio delle ovaie l'O. in donne non isteriche, riesce a dominare delle crisi dovute a spasmi delle vie biliari, pancreatiche e duodenali.

F. BALDI (Napoli). — *Lo smembramento della nevrastenia.* — L'O. accenna alla revisione del concetto di nevrosi in base alle nuove dottrine costituzionalistiche ed endocrinologiche, che con la nuova terminologia introdotta di sindromi simpatico-endocriniche, disfunzioni endocriniche, ecc., recano un certo confusionismo nel capitolo della Nevrastenia e specialmente alla comprensione di questa malattia.

Esamina i sintomi mentali, somatici di ordine endocrino, parla dell'ereditarietà, dell'esame neurologico e psichico di tali malati, per concludere che si può distinguere una nevrastenia vera dalle sindromi neurasteniche, dipendenti da cause diverse.

A. LUZZATTO (Genova). — *Contributo alla conoscenza della semeiotica e della patogenesi del basedowismo.* — Mette in rilievo i mezzi scientifici che gli risultarono più adatti a differenziare una vera e propria iperfunzione della tiroide da un'affezione che sia invece principalmente espressione di una alterazione del simpatico cervicale. Questi mezzi sono la ricerca del m. b., del segno di Pende e la capillaroscopia. In base a queste ricerche si deve ammettere che, spesso in questi casi più che a dei primitivi ipertiroidismi, si è di fronte ad alterazioni del plesso cervicale, e che questa sintomatologia si può riscontrare con discreta frequenza oltre che in alcune malattie acute e croniche, anche in convalescenze, specialmente di polmoniti, così come si possono riscontrare, come postumi, altre neuriti del sistema di relazione.

R. MAROTTA (Napoli). — *Ricerche sperimentali su alcune funzioni del timo.* — L'O. ha studiato il contegno dei corpuscoli di Hassal nelle infezioni acute e croniche nonchè l'importanza dei corpuscoli stessi nel ricambio del calcio. Afferma che i corpuscoli seguono la evoluzione dell'infezione e che in un primo momento si ha un aumento numerico dei corpuscoli e poi la loro diminuzione sino agli stati degenerativi. Riconosce alla glandola timo *in toto* e non ai soli corpuscoli di Hassal un'importanza nel ricambio

del calcio e ricorda il valore delle vitamine e la denominazione del timo di « centrale del ricambio vitaminico ».

Ha in corso indagini sperimentali, fatte, come le precedenti, nell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Napoli e riferentisi all'importanza del timo nel morbo di Cruvelhier-Castellino.

R. COLELLA (Palermo). — *Influenza dell'alimentazione idrica sull'accrescimento corporeo e sulla genesi del gozzo e delle disfunzioni tiroidee.* — Da ricerche sperimentali praticate per più anni sopra differenti specie animali, in rapporto alla alimentazione idrica e alla composizione chimica difettosa delle acque e dallo studio clinico di 512 casi di forme tipiche e di forme fruste di gozzo esoftalmico, l'O. perviene alle seguenti conclusioni:

1) Il gozzo, l'accrescimento corporeo, le disfunzioni tiroidee sono in diretto rapporto con l'uso di determinate acque (acque gozzigene).

2) Con l'uso delle acque su dette — fatto fino dal primo tempo della vita — si può determinare sperimentalmente il gozzo di alcuni mammiferi: gatti, cani, ecc. (gozzo sperimentale da *causa idrica*).

3) L'alimentazione idrica — fatta lungamente e fino dal primo tempo della vita con tali acque gozzigene, nei mammiferi su detti — oltre a produrre l'ipertrofia tiroidea, colpisce l'intero organismo, determinando, specialmente nel periodo della crescenza, una *diminuzione dello accrescimento corporeo* associata ad una precocità dello sviluppo somatico-psichico.

4) L'uso delle acque gozzigene su dette, nella specie umana, produce largamente una tumefazione della ghiandola tiroide, che ricorre con carattere quasi endemico tra le popolazioni che si alimentano di queste acque, massimamente nelle donne.

5) Negli stadii più avanzati — in dipendenza delle acque medesime, con lo stesso carattere quasi endemico — da queste forme di semplice tumefazione tiroidea possono derivare molteplici varietà di disfunzione tiroidea (pseudo-basedowismo), fino alle forme tipiche di gozzo esoftalmico, massimamente in seguito ad alcune particolari influenze (*genesi idrica* delle disfunzioni tiroidee).

Gozzo e morbo di Flajani-Basedow diventano allora una sola malattia: l'uno è il primo, l'altro è l'ultimo anello di una lunga catena di forme intermedie, che affermano sempre più la nozione di unità della sindrome ipertiroidea.

6) Circa i principii attivi di queste acque gozzigene, l'O. da alcune indagini e reperti, inclina a ritenere che siano germi specifici o anche elementi tossici, elaborati da microrganismi, che agiscono tossicamente sull'organismo e precipuamente sulla ghiandola tiroide. È possibile che i su detti elementi agiscano entrando in combinazione con i composti jodati dell'organismo e con l'ormone jodato tiroideo.

L. CONDORELLI (Napoli). — *La sinografia del seno longitudinale nella diagnosi dei tumori cerebrali.* — L'O. riferisce sulla utilità che può offrire la sinografia del seno longitudinale nella diagnostica dei tumori della falce, che per la loro sede possono essere clinicamente difficili a diagnosticarsi.

La tecnica seguita è la seguente: si pratica una trapanazione cranica sulla linea mediana anteriormente alla sutura parieto-parietale. Si iniettano immediatamente prima della esecuzione della radiografia 10 cmc. di soluzione di ioduro di sodio al 25 %. Tale iniezione è meglio tollerata di quella che si pratica per l'arteriografia encefalica.

L'O. dimostra un caso in cui un tumore della falce che comprimeva il seno longitudinale, è stato esattamente diagnosticato nella sua sede, con questo procedimento.

L'esame necroscopico praticato dopo alcuni mesi, confrontati con il reperto radiografico ha concordato perfettamente.

M. MESSINI e M. COPPO (Padova). — *Azione di estratti di timo sull'ateroma sperimentale da adrenalina.* — Gli OO. allo scopo di vedere quale influenza avesse l'iniezione di estratti di timo sulle lesioni ateromatose provocate dall'adrenalina, hanno eseguito esperimenti su molti animali (conigli); una serie fu sottoposta a iniez. quotid. o a giorni alterni di 1 mmgr. di adrenalina per via sottocutanea, una seconda serie, oltre all'adrenalina, venivano iniettate sotto cute piccole dosi di due diversi tipi di estratti di timo del commercio.

Le ricerche degli OO. pur inquadrandosi nel concetto generale di un antagonismo funzionale fra timo e midollare surrenale, non pretendono avere una diretta applicazione in terapia, sopratutto perchè si tende a non identificare le lesioni arteriose provocate dall'adrenalina con quelle dell'arteriosclerosi umana, benchè detta identificazione, almeno nelle linee generali, sia invece possibile in considerazione di osservazioni istologiche e di alcune teorie dell'arteriosclerosi umana.

G. CERUTI (Torino). — *Variazioni dell'equilibrio acido-basico nei cardiopatici.* — Ha fatto determinazioni del pH col metodo elettrometrico e della riserva alcalina col metodo di Van Slyke sul sangue venoso, sul sangue arterioso di cardiopatici in scompenso. Ha osservato valori sopratutto verso l'acidità del sangue venoso, mentre nel sangue arterioso ha avuto valori acidi per la riserva alcalina e normali pel pH, cioè 2 h. un'alcalosi gassosa arteriosa.

Col migliorare delle condizioni obbiettive dei cardiaci si aveva uno spostamento verso i valori normali su delle ris. alcaliniche del pH.

Seduta ant. (14 ott., ore 9).

Seduta in comune col XXXVII Congresso di Chirurgia.

Presid.: MARAGLIANO, ALESSANDRI, FASIANI.

PARTE MEDICA.

Le Ematurie. (Diagnosi e Terapia).

Prof. A. FERRATA (Pavia).

(Conclusioni).

Ogni volta che passa nell'urina una quantità più o meno grande di sangue *in toto*, coi suoi costituenti cellulari e umorali, si parla di ematuria, ben distinta quindi da tutte le altre forme nelle quali le urine possono colorarsi più o meno intensamente per presenza di pigmento emoglobinico o dei suoi derivati (ematoporfirina, urobilina).

Prescindendo dalle ematurie di origine uretrale, prostatica o vescicale, quali sono i criteri per una diagnosi differenziale di fronte al reperto nelle urine di sangue di sicura origine renale? Quale la terapia? Ecco lo scopo di questa breve rassegna.

L'ematuria può essere l'esponente di una *lesione tubercolare del rene*, ma non ne è la manifestazione più precoce. La tubercolosi renale si manifesta prevalentemente con lesioni funzionali della minzione, per un processo di irritazione vescicale causato dalla discesa dal rene malato di materiale infetto da b. di Koch, o più precocemente con fenomeni di poliuria e pollachiuria per semplici turbe nervose reno-vescicali. Qualche volta si manifesta con ematurie abbondanti e improvvise, generalmente indolori; ciò rappresenta un sintomo relativamente precoce del processo morboso e nella grande maggioranza dei casi esso non manca mai per tutto il decorso della malattia sotto forma di una microematuria, la quale a scopo diagnostico ha però importanza assai meno grande della micropiuria e dei sintomi caratteristici vescicali (tenesmo, pollachiuria, orine torbide, ecc.). La cistoscopia, il cateterismo degli ureteri, la pielografia ascendente e discendente (uroselectan), le indagini batterioscopiche e biologiche, le ricerche radiografiche semplici giovano non poco per una esatta diagnosi. A diagnosi fatta, la terapia medica è sola coadiuvante o di attesa, ma la terapia vera è la nefrectomia, quando non vi siano controindicazioni generali e le prove funzionali e cliniche garantiscono la capacità relativa funzionale del rene presunto sano. Nelle forme bilaterali, quando la lesione di uno dei reni è lieve e l'altra assai grave, non si deve escludere *a priori* la possibilità di un intervento utile a prolungare l'esistenza dei malati.

Anche nei *tumori del rene* (ipernefromi, carcinomi, cistomi maligni, sarcomi) l'ematuria è uno dei segni più costanti e persistenti. Inizia spesso sotto forma di gravi emorragie senza dolori, senza cause apparenti e ha durata più o meno lunga (da qualche giorno a qualche settimana); la durata fra un attacco ematurico e l'altro può essere breve (settimane, mesi) o assai lungo (da 1 a 4 e più anni). Elementi per la diagnosi differenziale di fronte alla tubercolosi del rene sono: nel tumore domina l'ematuria, nella tubercolosi la piuria e la cistite tubercolare secondaria; nella tubercolosi, con l'aggravarsi della malattia, l'ematuria, anche se iniziatasi sotto forma solenne, tende ad attenuarsi fino a ridursi ad una microematuria di origine in parte renale, in parte vescicale, mentre nei tumori spesso l'ematuria persiste abbondante e si fa col tempo più frequente. Difficilmente nella tubercolosi del rene si riesce a palpare una tumescenza renale senza che coesista piuria e sintomi vescicali, palpare quindi un rene grosso con sindrome ematurica ad intervalli lunghi, senza piuria e cistite deve tendere a fare escludere la tubercolosi. La diagnosi esatta di tumore renale è, poi, la risultante di accurate indagini storiche e obbiettive urologiche (cistoscopia, cateterismo degli ureteri, prove funzionali dei reni, pielografie, ecc.). L'unica terapia è la chirurgica, praticata precocemente, anche per la possibilità di metastasi (specialmente nei polmoni e nelle ossa). Quando il tumore è assai avanzato, la mortalità operatoria diviene relativamente alta. Nei tumori renali inoperabili, giovano sintomaticamente le applicazioni di raggi X.

Nelle forme cistiche renali e specialmente nella degenerazione policistica del rene (affezione quasi sempre bilaterale), clinicamente, oltre l'ipertensione e i segni di sclerosi renale, non di rado vi è ematuria, la quale cistoscopicamente può essere riferita ad uno solo dei reni.

In caso di fatti suppurativi gravi di uno dei reni, urge constatare la funzionalità dell'altro rene, per un eventuale necessario intervento (nefrostomia e nefrectomia).

Un altro processo morboso dove domina la sindrome ematurica è la *calcolosi*, la quale può essere relativamente asettica o complicata con idronefrosi e pionefrite. In questi infermi il dolore è uno dei segni più caratteristici, sia che si manifesti nella classica forma della colica renale sia che si tratti di dolori vaghi non bene localizzabili. L'ematuria è in alcuni casi assai abbondante, specialmente in coincidenza con un attacco di colica; in altri casi è solo chiara con l'esame microscopico. La vera piuria è assente nella forma asettica, mentre predomina nella forma settica. Nella forma cronica della calcolosi, la sindrome dolorifica si attenua mentre l'ematuria può persistere costante. La diagnosi è facilitata da una precisa indagine radiografica, coadiuvata dall'uso dell'uroselectan.

Circa la patogenesi della calcolosi deve tenersi presente l'importanza del fattore localistico renale, pur senza togliere l'importanza che merita all'eventuale tara costituzionale.

Per la terapia, si prescriveranno l'atofan e la piperazina, i preparati di litio e le acque minerali. Come cura preventiva, si correggerà il tipo di alimentazione limitando i cibi purigeni e carnei, favorendo l'uso di frutta, di verdura e di bevande alcaline. Nell'attacco colico acuto, sono utili a seconda dei casi l'oppio e i suoi derivati, la belladonna e l'atropina, i cataplasmi caldi, i semicupi, le bevande tiepide e relativamente abbondanti, nonchè, quando esista vomito, le ipodermoclisi e le proctoclisi. La terapia chirurgica va valutata caso per caso. L'anuria è un sintoma che può imporre l'operazione (ureterotomia o pielotomia), quando il cateterismo dell'uretere dal lato dove esiste il calcolo o, talora, dal lato opposto, o, talora, la distensione della vescica nella manovra del cateterismo degli ureteri, non bastano ad eliminarla. Il R. tende a diventare sempre più interventista nella calcolosi renale, non solo per asportazione di calcoli in seguito a nefropielo-ureterotomia ma anche, quando gli accessi tendono a ripetersi e le prove funzionali del rene colpito parlano per un discreto *deficit* funzionale, consigliando la nefrectomia. L'intervento chirurgico, quindi, può essere necessario anche nella calcolosi non settica. Nei casi di ematurie con pionefriti o pionefrosi calcolose, di fronte a suppurazioni che abbiano provocato notevoli danneggiamenti del rene, se la funzione dell'altro rene è integra, la nefrectomia deve essere eseguita senza alcuna esitazione.

Non si può disconoscere l'importanza dell'ematuria come segno precoce di *pieliti* (Taddei. Lasio, Zanellini, Sinibaldi e Finzi, Bloch, Blanc, Rinaldi, ecc.). Si tratta di manifestazioni cliniche accompagnate da scarsa febbre, con qualche fatto disurico ed ematuria; talora quanto più aumenta il fatto suppurativo, tanto più l'ematuria diminuisce. Ne è agente patogeno quasi sempre il *bacterium coli*. Per la diagnosi differenziale si tengano presenti la tubercolosi del rene, i tumori del rene e le nefriti ematuriche. Per la tera-

pia, bastano spesso il riposo, la dieta lattea, le acque minerali, un po' di urotropina o di cilotropina, per migliorare le sindrome. In casi particolarmente ostinati è utile l'auto-vaccinoterapia. Nessun giovamento dànno la proteinoterapia e i preparati colloidali. L'intervento operatorio è relativamente raro; quando l'ematuria è persistente, si consiglia il catetere a permanenza.

Ematurie si possono avere anche nell'*idronefrosi*, la quale più che un'entità morbosa è una sindrome dovuta a cause diverse, distinte in meccaniche e dinamiche. La cura scaturisce appunto da un'esatta diagnosi di tali cause.

Rara è l'ematuria da *rene mobile* e non bisogna ammetterla se non dopo aver scartato tutte le altre possibili cause; accertate sono, invece, le ematurie da *traumi sulla regione renale*, anche se di mediocre intensità. Non si può escludere la possibilità che il trauma riveli alterazioni anatomiche preesistenti e clinicamente silenti nel rene colpito.

Molto cauti bisogna essere nell'ammettere una diagnosi di *ematuria essenziale*, di sangue di provenienza renale, cioè, senza base anatomica alcuna per il suo determinismo. Per quanto non si possa disconoscere la effettiva esistenza di tale sindrome, pure la diagnosi è difficilissima e vi si arriva solo in via indiretta, quasi mai con criteri di certezza, quando si sia documentata come unilaterale l'ematuria e gli esami relativi escludano l'esistenza di calcoli, di tubercolosi, di neoplasmi, di rene policistico, di pielonefriti. Le cure mediche (adrenalina, emostatici) non sono di solito molto efficaci; lo sesso dicasi delle istillazioni di adrenalina o di nitrato di argento nel bacinetto. Sono consigliate con vantaggio secondo alcuni AA. le applicazioni Roentgenterapiche; di fronte ad un'anemia secondaria notevole sono utili le trasfusioni sanguigne. Ma quando si tratti di perdite di sangue ripetute e abbondanti, tali da mettere in pericolo la vita dell'infermo, la necessità dell'intervento chirurgico si impone. La nefrectomia è quasi completamente abbandonata; l'enervazione del rene, da sola, è poco usata; alcuni AA. (Lasio) consigliano la nefrotomia. La operazione più seguita oggi è, però, la decorticazione associata secondo i casi con la enervazione e con la nefropessi.

Alcune volte l'ematuria si ha come segno di patimento o di compartecipazione del rene in seguito a *processi infiammatori del faringe e della gola, dell'appendice, della cistifellea*. Alcune ematurie intermittenti sono state indubbiamente messe in rapporto con speciali condizioni infiammatorie delle tonsille (amigdaliti croniche, piccoli focolai di necrosi delle cripte tonsillari, non di rado piccole raccolte purulente) e la semplice tonsillectomia è riuscita a guarire ematurie di lunga durata e persistenti. Meno frequente è l'ematuria da appendicite, di eccezionale rarità quella da colecistite calcolosa.

Per ultimo debbono menzionarsi le ematurie che sono l'esponente di *nefropatie bilaterali*, nefritiche, nefrosiche, sclerotiche.

Nelle nefriti acute l'ematuria è sintoma costante e la diagnosi è facilitata talvolta dalla febbre, dagli edemi al viso, dalla cefalea, dal vomito, dai dolori ai lombi, dall'oliguria. Oltre al sangue, nell'urina si riscontrano albumina e cilindri. È interessante prospettarsi il problema dell'intervento chirurgico (decapsulazione) in questi casi. Autori tedeschi e americani lo hanno proposto ed attuato, anche con buoni risultati, specialmente quando il sintoma anuria è invincibile con altri mezzi.

Nelle nefrosi miste e nel decorso secondario tardivo della nefrite acuta si tratta piuttosto di ematurie microscopiche, la cui terapia è esclusivamente medica. Così è pure delle nefrosclerosi nelle quali si possono avere pure microematurie. Volhard è contrario a qualsiasi intervento chirurgico nelle forme sclerosanti, ma autori americani consigliano anche in forme simili la decapsulazione, la quale avrebbe dato buoni risultati anche nelle nefriti croniche con ipertensione.

In conclusione, gli interventi chirurgici con manifesti successi nelle nefropatie bilaterali si hanno sopra tutto nelle forme congestizie ematuriche. Tale intervento, se si considera il divenire del rene dopo un processo acuto nefritico, dovrebbe, a ragion veduta, s'intende, acquistare sempre più la fiducia dei medici curanti.

PARTE CHIRURGICA.

Prof. G. B. LASIO (Milano).

L'ematuria è uno dei sintomi che più di frequente si osserva nella patologia umana: tutti i segmenti del sistema urinario, tutte le affezioni dello stesso in special modo, ma anche molte altre affezioni chirurgiche, molte affezioni mediche possono dar luogo a questo sintoma che impressiona l'ammalato più che un attacco colico, più che la febbre, più che la piuria.

La distinzione dell'ematuria da forme mediche da quella da forme chirurgiche è puramente arbitraria dal punto di vista anatomo-patologico, ma giustificata dal fatto che l'ammalato si indirizza al medico per il primo e spetta a questi sceverare l'ematuria che ha il substrato fondamentale in alterazioni ematologiche o vascolari, in alterazioni del sangue o dei vasi, in condizioni discrasiche generali, in fatti di auto ed eterointossicazione, in lesioni del filtro renale acute o croniche e di indole medica dall'ematuria da processi distruttivi del sistema urinario o di altri organi, di spettanza chirurgica. Da ciò la necessità di un'intima collaborazione tra medico e chirurgo.

Per *ematuria* si intende l'emissione spontanea oppure mediante un cateterismo uretrale, convenientemente eseguito, di urine contenenti sangue o meglio ancora tutti gli elementi costitutivi del sangue. Questa aggiunta è suggerita subito dal desiderio di fare una distinzione sostanziale tra ematuria ed emoglobinuria, due sintomi che si presentano con un aspetto molto somigliante, ma il cui significato è notevolmente differente. In presenza di urine ematiche il compito diagnostico deve rispondere ai seguenti quesiti fondamentali: 1) esiste ematuria? 2) quale è l'organo urinario che è sede di emorragie? 3) quali sono le lesioni di quest'organo? 4) sono queste lesioni l'esponente di una affezione primitiva dell'organo stesso o sono secondarie ad altre affezioni di indole generale o locale che ha però sede in altro focolaio primitivo prossimo o lontano?

Dopo aver accennato ai metodi di indagine per rispondere ai primi due quesiti, il Relatore passa a rispondere agli altri due.

Nelle forme chirurgiche la relazione di causa ed effetto tra lesione ed emorragia è facilmente identificabile: il calcolo che contunde col movimento la mucosa vescicale o pielica e la fa sanguinare è l'esempio tipico dei *fattori meccanici*

dell'ematuria: però una più particolareggiata osservazione anche di questi casi ha dimostrato che altri elementi non puramente meccanici debbono prendere parte alla patogenesi dell'ematuria.

Nella calcolosi la colica e l'ematuria non sempre sono dovute al mobilizzarsi del calcolo, perchè ambedue i sintomi possono aversi per calcoli fissati fuori delle vie escretive pielo-ureterali; così è noto che un calcolo diverticolare può essere accompagnato da ematuria senza che in questo caso il movimento possa essere invocato a causa del fenomeno. Dell'ematuria, nella calcolosi renale conviene cercare la spiegazione in alterazioni del parenchima sia asettiche che settiche: il rene calcoloso, anche se apparentemente normale, porta sempre delle lesioni infiammatorie. Più complesse e meno schematizzabili sono le lesioni della calcolosi settica, capaci di dare ematuria: la pielite con le sue formazioni plastiche ed ulcerative è costante, il passaggio dei fermi dal bacinetto alla sottomucosa e al parenchima renale è facile, e da ciò la formazione di focolai infiltrativi (pielonefrite e nefropielite), che provocano ematuria e piuria. L'ematuria del lato sano è di origine nefritica e tossica (Voelker): sono gli elementi derivanti dalla graduale distruzione e dalla infezione del primo rene che rientrando in circolo determinano una nefrite tossica emorragica controlaterale.

La *congestione* ha importanza bene dimostrata nelle ematurie da affezioni urologiche periferiche, e così pure i *disturbi del circolo renale*, i quali possono dipendere da un fatto generale e da un elemento locale. Tanto nell'un caso che nell'altro si ha iperemia attiva e passiva, anemia. Tra gli elementi locali occupano il primo posto alcuni cosidetti veleni renali (sublimato, cromo, cantaridi) che in un primo tempo provocano una alterazione degli epitelii tubulari, in un secondo la lesione dei capillari e quindi stasi e quindi emorragia ed ematuria.

L'ematuria riconosce qualche volta come causa l'*infarto renale*, che fu osservato nell'endocardite, nella degenerazione grassa del miocardio, in molte forme tossi-infettive. Un posto speciale meritano le cosidette *ematurie essenziali*, come quelle delle isteriche, dei condannati a morte, da angiospasmo secondario alla eccitazione dei nervi renali: la spiegazione va ricercata in turbe vasomotorie.

L'ematuria può comparire in seguito ad aumento del tono vasale: *ematuria ipertonica*, o trovare la sua causa in una diatesi emorragica (fra tutte più frequente la porpora). Le prove che valgono ad identificare le varie forme diatesiche sono: 1) tempo di coagulazione del sangue, 2) il numero delle piastrine del sangue circolante, 3) durata dell'emorragia, 4) potere di retrazione del coagulo, 5) conseguenze della stasi venosa artificialmente provocata.

Altra forma discrasica del sangue, che può essere chiamata in causa è l'*emofilia*. Su questa Senator fondava la sua concezione colla quale non si poteva spiegare come da una diatesi generale potesse derivare un fatto locale (ematuria renale unilaterale senza fattori causali che l'emofilia). Osservazioni più recenti intenderebbero a stabilire un meccanismo inverso, e cioè da una nefrite persistente deriverebbero alterazioni della coagulabilità sanguigna e quindi ematuria unilaterale (Lian-Melanotte). Guyon nel 1897 richiamava l'attenzione sui rapporti che possono esistere tra *ematuria e gravidanza*. Nel passato si ritenne che essa dovesse rientrare nel capitolo poco chiaro della patologia gravidica, ma indagini ulteriori tendono a togliere alla gravidanza un'importanza diretta sull'etiologia dell'ematuria e ad ammettere che essa possa solo contribuire a creare condizioni predisponenti destinate ad aggravare cose già esistenti.

L'ematuria coincide qualche volta con l'infiammazione di alcuni organi addominali, annessi femminili, colecisti, appendice. *Ematuria ed appendicite* sono spesso associate insieme, e Gottlieb distingue dal punto di vista clinico: 1) appendicite acuta ed ematuria contemporanea: è forma grave in cui l'appendice ha provocato anche dei fatti di pielonefrite emorragica grave, di indole setticemica; 2) ematuria dopo l'attacco appendicolare; 3) appendicite cronica ed ematuria.

Per quanto riguarda l'*ematuria nel bambino* dalla sintesi di Auricchio risulta che tutta la patologia urinaria dell'adulto può osservarsi anche nel bambino e che anche a questo sono applicabili gli stessi criteri etiologici e diagnostici. Vi sono però speciali condizioni legate all'ereditarietà (sifilide), allo sviluppo e alla patologia di questo che possono dar luogo all'ematuria che resta oscura in rapporto alla sua patogenesi e al substrato anatomo-patologico.

L'ematuria può trovare il suo substrato, inoltre, anche in fatti puramente infiammatori, di cui la maggior parte hanno esclusivamente carattere medico.

È oggi riconosciuto che la glomerulo-nefrite è di origine tossinica (streptococco, pneumococco) o tossica (piombo, sublimato). Fondamento di questa forma è una capillarite dei glomeruli e da questa l'ematuria che si osserva nella pneumonite, tifo, scarlattina, angina, difterite, perfrigerazioni, reumatismo poliarticolare acuto e dopo l'ingestione di veleni come il sublimato, il piombo. Sembra che a una lieve irritazione glomerulare per sviluppo di eccessiva quantità di formaldeide debbansi attribuire i casi di ematuria osservati dopo la somministrazione di urotropina.

Una forma di nefrite che è di spettanza esclusivamente chirurgica, che si termina con la suppurazione, che ha carattere setticemico grave, spesso mortale è la cosiddetta nefrite apostematosa dei tedeschi, surgical Kidnej degli inglesi, pielonefrite acuta fulminante dei tedeschi. Essa è in sostanza dovuta alla penetrazione, per la via circolatoria, nel rene, di emboli settici provenienti da altri focolai primitivi (endocardite, osteomielite, eresipela, batteriuria da tifo, ecc.).

Da quanto sinora ha esposto, sembra al R. poter concludere che alla costituzione del sintoma ematuria non concorrano solo elementi meccanici e congestizi ma anche tossici e tossinici; l'ematuria è in stretta dipendenza con la funzione cardiovascolare, colla biochimica del sangue, con la fisiopatologia dello stesso. Per quanto si riferisce agli esami strumentali, il cistoscopio dovrebbe entrare nella corrente pratica internistica; la radiografia, ma specialmente l'urografia discendente (uroselectan) segna un grande progresso ed un enorme vantaggio da cui ogni medico anche non specializzato può trarre un saggio e completo profitto.

Il R. passa poi a esaminare il sintoma ematuria in urologia e considera che lo studio di esso come capitolo a parte è giustificato dal fatto: 1) che il sintoma ha in urologia la massima frequenza (l'80 % dei casi di ematuria sono di spet-

tanza della urologia); 2) che la interdipendenza anatomo-funzionale dei vari segmenti del sistema urinario crea per se stessa modificazioni importanti del sintoma ematuria; 3) che la diffusione dei processi morbosi da un segmento all'altro è caratterizzata da speciale sintomatologia e da speciali modificazioni dell'ematuria; 4) che la semiologia urologica, gli esami clinici, strumentali e di laboratorio che fanno parte della giornaliera pratica urologica, sono anche quelli che servono per lo studio di ogni forma medica o chirurgica.

Studiati rapidamente i sintomi che accompagnano i vari *traumi* sul sistema urinario, e che possono provocare contusioni e lacerazioni del rene, dell'uretere, della vescica e dell'uretra, in cui l'ematuria è sintoma quasi costante, passa al *rene mobile*. L'ematuria del rene mobile, accertata solo da pochi anni, può avere un inizio brusco, improvviso, accompagnato da fatti lipotimici (polso piccolo, frequente pallore, espressione angosciosa, pollachiuria, oliguria, aumento brusco del volume del rene ptosico). Questa crisi richiama l'idea di una lussazione o incarceramento del rene. Nella casistica personale non ha osservato alcuno di questi fatti, ma solo urine ematiche e lieve dolore al fianco. Il substrato anatomico non è ancora ben noto.

L'ematuria nell'*uronefrosi* fu segnalata nel 1897 da Israel e qualche anno più tardi da Guyon e Albarran. Sede dell'emorragia sono i capillari della sottomucosa, ma il sangue può anche provenire dallo spessore del parenchima, quando di questo ne è conservata una parte abbastanza provvista di vasi. La diagnosi di ematuria da idronefrosi, oltre che dai concetti patogenetici, è data dalla presenza nella regione renale di una intumescenza flaccida, indolente nei periodi di quiete che subisce rapidi accrescimenti e dà luogo a crisi dolorose, e dall'ematuria totale che si alterna col comparire e cessare delle crisi dolorose, mentre si protrae per diversi giorni dopo la cessazione del dolore, mentre la massa che occupava il fianco diminuisce di volume e di tensione.

L'ematuria occupa per importanza, frequenza e significato il primo posto nella sintomatologia dei *tumori renali*, sia dell'organo per se stesso, sia della pelvi e dell'uretere. I vari metodi sinora in uso bastano a formulare la diagnosi: necessitano però che il tumore sia abbastanza sviluppato e che i suoi prodotti comunichino con le vie escretrici, ma non sarà mai possibile una diagnosi ultraprecoce come per la tubercolosi, la calcolosi, ecc.

Nei *tumori vescicali* l'ematuria è il sintoma più frequente (100 %) e più precoce: esso segna l'inizio della malattia e l'accompagna in tutta la sua evoluzione da solo prima, associato a tutto il resto della sintomatologia, più tardi. L'ematuria è precoce perchè il villo che pesca e ondeggia nel liquido urinoso subisce una specie di spremitura quando la vescica si vuota: questo è più facile per la sede di predilezione di questi neoplasmi: regione del trigono, peripapillare. L'ematuria è allora parziale, terminale, rilevata dallo stesso paziente, sempre dal medico se fa la prova dei tre bicchieri o una lavatura vescicale. L'ematuria è saltuaria, insorge e scompare senza causa apprezzabile e indipendente da ogni causa esteriore, movimento, quiete. L'ematuria, con lo svilupparsi della massa neoplastica, diventa più abbondante ed a crisi più avvicinate, fino a quando diventa continua ed abbondante in modo da mettere in pericolo la vita del paziente. La cistoscopia soddisfa pienamente a quasi tutte le esigenze della diagnosi, e va associata alla cistoradiografia che è oggi il metodo più completo per conoscere la natura della base di impianto dei tumori vescicali.

Lo studio dell'ematuria nella *calcolosi urinaria* (reno-uretero-vescico-prostato-uretrale) è opportuno riunirlo in un unico quadro di assieme per il fatto che la calcolosi primitiva per lo più solo nel rene, è secondaria nell'uretere e nella vescica, perchè l'interdipendenza anatomo-fisiologica dei vari segmenti e specialmente la continuità anatomica delle vie escretrici è un elemento fondamentale della sintomatologia della forma e in ispecial modo dell'ematuria. Questa è sintoma costante della litiasi renale, e può essere acuta e cronica. Nella calcolosi ureterale si presenta nel 50 % dei casi; nella calcolosi vescicale, prostatica e uroprostatica dipende da fatti meccanici, funzionali e infiammatori. Ugualmente il sintoma si riscontra nella *tubercolosi* e nella *sifilide urinaria*.

Nella *pielite* l'ematuria non è di solito grave nè per sè stessa necessita uno speciale trattamento. Il cloruro di calcio è usato con vantaggio. Nella *cistite*, i cui sintomi il R. analizza minutamente, essa è uno dei sintomi più importanti, e così pure nelle *forme ostruenti periferiche*, quali il restringimento uretrale infiammatorio, l'ipertrofia prostatica, dove assume carattere di gravità oltre che dalla sua imponenza, anche dalle complicanze settiche e di scompenso renale. Nella prostatite e nella vescicolite acuta, il sintoma passa in seconda linea per l'imponenza degli altri, in quelle croniche può indurre in grossolani errori diagnostici.

Le *ematurie essenziali* debbono essere meglio classificate: un primo gruppo comprende quelle da lesioni varie di nefrite acuta e cronica, un secondo gruppo è quello dove non si ha nessuna lesione di nefrite se se ne eccettuino l'emorragia e i suoi esiti, un terzo riguarda le ematurie in reni senza lesioni neppure microscopiche. Col progredire della scienza il capitolo di queste ematurie perde sempre più qualche sua parte.

La *terapia* delle ematurie in genere deve essere diretta più contro il sintoma che contro l'affezione. Il R. tralascia la terapia operatoria, che ritiene come essenziale, e si occupa solo di quella incruenta, che divide in misure di indole strettamente mediche, suddivise a loro volta in misure dietetiche e misure medicamentose, generali o locali, come i comuni emostatici e la trasfusione di sangue, e in misure chirurgiche non cruente, tra le quali il drenaggio per le vie naturali, l'elettrocoagulazione, le lavature vescicali, ecc. sino al tamponamento della vescica, di dominio prettamente chirurgico. Tra i farmaci emostatici si possono attualmente distinguere: una prima categoria di sostanze e procedimenti coi quali si tenta mobilizzare i fattori della coagulazione del sangue dall'organismo medesimo dell'ammalato. In una seconda categoria entrano le sostanze che favoriscono la coagulazione del sangue (coaguleno, clauden). L'uso di siero è largamente diffuso e raramente dà fenomeni spiacevoli. Anche il cloruro di calcio e la gelatina per via endomuscolare godono molto favore, ma l'ultima è controindicata nei nefritici pel pericolo di albuminurie. *(Continua)*.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Contributo alla dottrina dell'emolisi.

Il Bompiani porta con le sue ricerche (*Arch. Ital. di Anat. e Ist. patologica*) un contributo di grande importanza al problema dell'emolisi che è ancora oggi nella sua piena attualità.

Dopo una disamina critica delle ricerche compiute dagli altri autori, fino ai più moderni, disamina in cui si rivelano la grande cultura dell'A. la sua profonda conoscenza dell'argomento e la piena maturità scientifica del suo ragionamento, il Bompiani riferisce le proprie ricerche.

Egli ha iniettato per via endovenosa globuli rossi nucleati di pollo nei conigli, sacrificando poi i conigli dopo una o due iniezioni, o seguitando in queste sino alla morte spontanea degli animali.

Egli ha osservato che, in queste condizioni, nè la milza nè altri organi ritenuti capaci di esercitare un'azione emocateretica, dimostravano figure di eritrofagocitosi, che i globuli rossi nucleati si erano accumulati, oltre che nella milza, nel fegato, nei polmoni e nei reni; nel letto vasale di questi organi e nel sangue periferico si osservavano « ombre » di globuli frammentati; in quanto alle alterazioni della milza esse erano da mettersi in rapporto, non tanto con una attività emolitica, quanto con la sua funzione di « serbatoio del sangue ».

Le conclusioni a cui il Bompiani giunge sono dunque che la milza raccoglie i detriti sbarazzandone il circolo periferico; essa non provoca l'emolisi, ma dà il primo impulso, con la sua azione ematocatonistica (Bottazzi), al « consumo » dei globuli rossi: impedisce infine la reversione dell'emolisi, onde si spiega il benefico effetto che, in certe forme, la splenectomia esercita sull'andamento della malattia.

V. Serra.

Contributo allo studio delle modificazioni ematologiche nella varicella.

N. Carrara (*La Pediatria*, n. 16, 15 ag. 1930) ha studiato il comportamento del sangue in 14 casi di varicella, ed ha trovato che, mentre nel periodo di incubazione si ha neutropenia con linfocitosi relativa, durante lo stadio esantematico potè invece osservare leucopenia nel 50 % dei casi, nei quali l'esantema era molto accentuato, con neutropenia e costante linfocitosi relativa.

In 8 casi assenza di eosinofili, in 10 aumento dei mononucleati e reperto quasi costante di plasmacellule, mentre eccezionalmente si ritrovarono mielociti e metamielociti neutrofili.

Durante la convalescenza, finalmente, è tipica la leucocitosi reattiva, iniziantesi spesso prima della scomparsa dell'esantema.

La serie rossa appare poco o nulla modificata.

M. Faberi.

Xantoma ed ipercolesterinemia.

Dalla letteratura e dalle ricerche sistematiche di H. W. Siemens (*Nederlansch tijdschrift voor geneeskunde*, 16 nov. 1929), risulta che i membri sani delle famiglie di pazienti con xantoma hanno spesso ipercolesterinemia.

Di 7 parenti stretti dei 4 pazienti dell'A. con xantoma alle palpebre, 4 avevano un aumento del contenuto colesterinico del sangue, con valori che arrivavano anche a 0,324. L'ipercolesterinemia, che sta alla base dello xantoma, si dimostra quindi come una dominante ereditaria del disturbo del ricambio.

È inoltre da tenersi presente che non vi è soltanto ipercolesterinemia senza xantoma, ma anche, come ha dimostrato l'A., xantoma senza ipercolesterinemia. Di fatto, in un caso di xantoma delle palpebre, nonostante ripetute ricerche colorimetriche, non è stato possibile dimostrare la presenza di colesterina nel sangue.

fil.

Adrenalina e ipoglicemia.

I sintomi che seguono le forti dosi di insulina non si spiegano completamente coll'ipoglicemia specialmente nei fortemente iperglicemici. Esperimenti di Norsted, Norgard e Thaysen fanno pensare che le iniezioni di insulina stimolino la midolla surrenale a secernere di più, per cui i sintomi di ipoglicemia sono in parte dovuti a adrenalina. Essi difatti osservarono nell'ipoglicemia da iniezioni endovenose di insulina un aumento della pressione sistolica con diminuzione della diastolica ed accelerazione delle pulsazioni. Sundberg ed altri hanno notato a sostegno di quest'ipotesi che gli animali surrenalectomizzati sono più sensibili all'insulina. Honesay, Lewis e Molinelli hanno riunito la vena soprarenale di un cane colla giugulare di un altro ed hanno osservato che un'iniezione di insulina nel primo cane è seguita da aumento della glicemia nel secondo. Inoltre nel m. di Addison spesso la glicemia è subnormale. L'«ipersurrenalismo» sarebbe responsabile di alcuni, non di tutti i sintomi dell'« ipoglicemia ».

(*The Lancet*, 28 giugno 1930).

R. Lusena.

CASISTICA.

Sulla prognosi dei vizi del cuore.

G. Hübener (*Deut. Med. Woch.*, n. 26, 1930) ricorda che raramente l'endocardite acuta è letale, e raramente guarisce: in genere essa diventa cronica (vizio valvolare).

La prognosi dipende da un lato dalle capacità di adattamento del miocardio, dalle sue riserve, e dall'altro dall'intensità del vizio; nel formulare la prognosi il medico deve giovarsi delle prove funzionali (ripetizione ritmica di un dato movimento ad es.), dell'elettro- e radiogramma; ma sopratutto si varrà della sua esperienza: i vizi congeniti avranno una prognosi severa, sopratutto quando la cianosi è intensa e compare anche ad un minimo sforzo.

Le insufficienze valvolari sono da considerarsi più favorevolmente delle stenosi; più favorevolmente di tutte l'insuff. mitrale. Tra le malattie che provocano un vizio di cuore, la più benigna è la poliartrite, meno la difterite e la scarlattina.

La stenosi mitralica sembra più grave nelle donne che negli uomini; nell'insufficienza aortica si terrà particolarmente conto dello stato del circolo periferico: in questo vizio lo scompenso si manifesta più tardivamente, ma è difficilmente riparabile, al contrario di quanto si osserva per i vizi mitralici.

La concomitanza di crisi anginose peggiora naturalmente la prognosi del vizio aortico, e deve far prevedere anche la possibilità di una morte improvvisa.

L'associarsi sullo stesso orificio di due vizi diversi non è di favorevole prognosi, come potrebbe arguirsi in base a concetti teorici, giacchè impone al miocardio un lavoro eccessivo.

In quanto ai vizi del cuore destro sono troppo rari, perchè si possano formulare direttive diagnostiche, basate su larga esperienza.

V. SERRA.

La forma subacuta mortale della pericardite tubercolare primitiva.

Tale forma sarebbe, secondo V. Audibert e J. Olmer (*Presse Méd.*, n. 67, 20 agosto 1930), piuttosto frequente e si inizierebbe in maniera insidiosa, con anoressia, astenia e dispnea, prima da sforzo, poi anche da riposo, diurna e notturna, mentre il dolore precordiale resta per lo più insignificante.

Costituitasi la malattia, si troveranno i seguenti segni fondamentali: Dispnea, aumento dell'aia cardiaca, febbre, alterazione dello stato generale, ai quali possono aggiungersi: l'indebolimento dei toni cardiaci, la tosse, l'espettorato, gli edemi periferici, l'epatomegalia, nonchè i sintomi della sindrome di comprensione mediastinica.

La radioscopia offre poi l'immagine caratteristica della pericardite, mentre la puntura esplorativa dà un liquido citrino, spesso ematico, ricco in albumina e linfociti, e tubercolizzante per la cavia.

L'evoluzione è progressiva, con aggravamento dei sintomi, e con rapida formazione di liquido dopo ogni puntura, mentre anche nella pleura compare essudato con analoghi caratteri.

Tale decorso, fatale in uno spazio di 6-8 mesi, sarebbe caratteristico di tale forma tubercolare.

Anatomopatologicamente si trova il pericardio colpito nella sua totalità, con assenza di aderenze tra i foglietti e rare granulazioni visibili sul foglietto parietale.

La primitività della pericardite così descritta deve intendersi tuttavia solo dal punto di vista clinico, dovendosi ammettere, analogamente ad altri processi tubercolari, che debba invece sempre riportarsi ad una infezione specifica trascorsa senza segni rilevabili.

La diagnosi differenziale unica può farsi con l'asistolia per miocardite primitiva, la quale però cede al riposo assoluto in letto, mentre il pericarditico seguita ad essere dispnoico anche in tale stato. L'asistolico poi, appena migliorato, riacquistà subito l'euforia e l'appetito, mentre il pericarditico è sempre anoressico, debole, e di colorito livido. A tali segni aggiungansi la febbre e i rilievi radiologici e della puntura esplorativa.

Dato il decorso inesorabilmente mortale, il trattamento di questa forma non sarà che palliativo.

M. FABERI.

Sindrome d'Adams-Stokes a rapida evoluzione.

Accanto alle teorie patogenetiche invocate a spiegazione della sindrome di Adams-Stokes, da qualche anno è avanzata quella dei cardio-uettori del Geraudel.

Vi è tutto una serie di ricerche sperimentali e cliniche che tende ad affermare l'ipotesi avanzata da questo A.; il caso presente riferito da E. Geraudel e J. Lereboullet (*Paris Méd.* n. 27, luglio 1930) dovrebbe portare un nuovo contributo alla teoria dei cardio-nettori.

Si tratta d'un uomo di 70 anni, il quale due mesi prima della morte presentò una sindrome di Adams-Stokes, con bradicardia di 40 pulsazioni al minuto, vertigini ad intervalli, dispnea ed edemi. Un episodio febbrile con localizzazioni pleuro-polmonari aggravò le sue condizioni e lo condusse a morte.

L'esame elettro-cardiografico mise in evidenza un blocco parziale, sostituito ad intervalli da un blocco totale, con extrasistoli, talora solitarie, talora a salve, di vario tipo.

L'accurato esame istologico del fascio di His, del setto, dell'arteria ventricolo-nettore, arteria che nasce dalla coronaria destra, fatto con la tecnica già indicata in altri lavori mise in evidenza i seguenti fatti: il fascio di His non mostra alcuna lesione; la coronaria destra invece e il suo ramo, l'arteria del ventricolo-nettore presenta delle lesioni di due tipi: si nota una lesione di endoarterite cronica poco marcata, a tendenza stenosante, ed una arterite acuta trombizzante. Quest'ultima rie-

sce ad obliterare la parte terminale della coronaria destra e l'arteria del ventricolo-nettore. Sicchè è evidente una lesione arteriosa del ventricolo-nettore.

Quale rapporto vi è tra queste lesioni e la sintomatologia clinica? L'endoarterite cronica non è abbastanza stenosante per poter produrre la sindrome; è più probabile che la causa ne sia stata l'arterite trombizzante; tale ipotesi sarebbe giustificata dalla durata relativamente breve dell'evoluzione della sindrome.

CARUSI.

Le psicosi nelle malattie circolatorie.

I rapporti fra le malattie del circolo e psicosi sono noti da tempo, ma sulla genesi di tali psicosi i pareri degli autori sono disparati. Alcuni ritengono che si tratti di stasi o di edema cerebrale, altri ammettono delle vere modificazioni organiche. S. Wassermann (*Wiener Archiv. f. klin. med.*, vol. XVIII) sostiene invece che nella maggior parte dei casi esse debbano riferirsi a modificazioni respiratorie, specialmente quando si installa il ritmo di Cheyne-Stokes.

Tali psicosi si manifestano nel corso od alla fine dello scompenso.

Nel primo caso, esse sono caratteristiche dell'insufficienza ventricolare sinistra, cioè del difettoso circolo arterioso e sono in rapporto stretto con la respirazione periodica (psicosi di Cheyne-Stokes); in un malato con forme anche leggere di psicosi, si deve osservare attentamente la respirazione per coglierne l'eventuale periodicità.

Le psicosi circolatorie dell'insufficienza tardiva si hanno nello stadio finale dello scompenso (psicosi terminali od agoniche) ed hanno una prognosi pessima.

Le psicosi circolatorie possono manifestarsi in forma di leggeri delirî notturni nell'insufficienza ventricolare sinistra e durare sino alla fine esternandosi poi in psicosi manifeste.

Le psicosi circolatorie appartengono al tipo delle psicosi di angoscia. La sensazione di angoscia non proviene dal cuore, ma ha origine centrale e va attribuita all'insufficiente irrigazione sanguigna, ad una « fame di ossigeno » del cervello; da ciò i suoi rapporti con il respiro di Cheyne-Stokes che pure è dovuto a deficienza di ossigeno.

Questa genesi chiarisce le caratteristiche di tali psicosi, cioè quella di essere notturne (anossiemia notturna) e la manifestazione intensa nell'insufficienza aortica in cui acquistano un carattere furibondo.

Le psicosi da insufficienza del ventricolo sinistro sono suscettibili di miglioramento, specialmente con un adatto trattamento digitalico. Quando si abbia il respiro di Cheyne-Stokes, si può portare la calma anche di accessi furibondi mediante l'uso terapeutico di ossigeno.

fil.

. TERAPIA.

La medicazione leucogena nei vomiti gravi della gravidanza.

P. A. Cabanes (*Journ. des praticiens*, 9 agosto 1930) ha ottenuto buoni risultati in 10 casi su 11 (in quello con insuccesso, coesisteva un'infezione eberthiana ed una piemia streptococcica) col trattamento seguente.

Liberare il crasso con piccoli clisteri oleosi da 100 grammi, somministrare con una sonda e ripetuti secondo necessità (2-3 al giorno).

Ascesso di fissazione o, meglio, iniezione quotidiana di pus asettico; utilizzare di preferenza i preparati a cui è stata aggiunta dell'urotropina.

Indicazioni dietetiche. Restrizione dei liquidi, piccoli pasti composti di purè di legumi e di frutta; eventualmente, per ovviare alla disidratazione dell'organismo, iniezioni di siero glucosato. Alla fine della prima settimana, quando i vomiti sono scomparsi, carni alla graticola od arrosto, se lo stato degli emuntori lo permette.

L'isolamento è di rigore nei casi gravi.

fil.

Trattamento della gravidanza extrauterina a termine.

J. Hébert (*R. Fr. Gynec. et d'Obstét.*, n. 7, luglio 1930) riferisce il caso d'una donna di 36 anni, la quale si accorse d'un ingrandimento dell'addome e di irregolarità nelle mestruazioni. In seguito questo volume addominale crebbe progressivamente e dopo qualche tempo ella avvertì dei movimenti fetali. L'esame ostetrico mette in evidenza una massa addominale, non di forma ovoide a grande asse longitudinale, ma deviata lateralmente, a limiti poco netti, scarsamente mobile. Non si avvertono contrazioni a livello del tumore. Accanto a questa massa, si può palpare un utero piccolo, talora spinto indietro.

La diagnosi di gravidanza ectopica dapprima presenta delle difficoltà, perchè può essere confusa con un fibroma, o con una ciste dell'ovaio. Però dopo il termine della gravidanza la diagnosi si semplifica, perchè ogni gravidanza che si prolunga di alcune settimane o mesi è ectopica.

Il trattamento della gravidanza ectopica consiglia l'intervento, se la diagnosi è fatta prima del 5° mese; dopo tale epoca è necessario attendere la normale evoluzione, e la vitalità del feto. Allorchè si hanno i segni della sua morte, l'intervento si impone.

L'attuale tecnica operatoria ha abbandonato ora l'intervento per via vaginale, per preferire quello per via addominale. Per evitare gravi emorragie alcuni consigliano di lasciare *in sito*

la placenta, purchè non vi siano infezioni; Pinard preferisce la marsupializzazione. Il sacco può essere lasciato *in sito*, per evitare gravi danni conseguenti all'asportazione, per le aderenze che si stabiliscono. Queste regole non sono tuttavia assolute, ma valutabili ed applicabili caso per caso.

CARUSI.

Attenuazione del dolore nel parto.

Nelle case private si attenua efficacemente il dolore del parto con iniezioni di narcofina, con la « narcosi à la reine » e con la « narcosi del passaggio » (Franknstein, *Deut. Med. Wochenschr.* n. 29, 1930). Nella « narcosi à la reine » si danno durante le doglie poche gocce di cloroformio sotto la maschera coperta; si riesce così a diminuire il dolore, senza indebolire la contrazione dei muscoli dell'addome. Nella « narcosi del passaggio » si trasforma la precedente, in narcosi completa ma molto breve, durante il passaggio della testa fetale. Nelle donne molto sensibili si può provocare, verso la fine del periodo dilatante, un sonno con il « pernocton »; è però meglio non adottare ancora questo metodo nelle case private.

POLLITZER.

Il solfato di magnesio nella cura della eclampsia puerperale.

L'eclampsia puerperale costituisce un quadro di tale dolorosa impetuosità che ogni tentativo di cura di essa assume una grande importanza pratica. P. Natole (*Annali di Ostetric. e Ginec.*, a. LII, n. 1, genn. 1930) passati in rassegna i danni che possono derivare alle eclamptiche dai rimedi sintomatici comunemente in uso, e discussone i pochi vantaggi invece che se ne possono ricavare, espone 26 casi di eclampsia da lui curati con solfato di magnesio per via endovenosa o muscolare.

I risultati veramente soddisfacenti ottenuti lo spingono a credere che il $MgSO_4$ adoperato per via endomuscolare o endovenosa col far cessare le convulsioni, coll'abbassare la pressione, col far scomparire gli edemi, senza aumentare le già gravi alterazioni parenchimatose degli organi interni, col non influenzare affatto la durata del travaglio del parto, possa rendere nella cura sintomatica della eclampsia veramente grandi servigi.

Tecnica: l'A. ha preferito la via endovenosa e la endomuscolare: ha usato una soluzione al 10 % per le endovenose ed al 25 % per le endomuscolari, iniettò 20 cmc. per volta della prima e 15 cmc. per volta della seconda e cioè 2 gr. di sale per via endovenosa e quasi 4 gr. per via endomuscolare. In genere furono sufficenti 3 iniezioni per ogni malata alla distanza di due ore.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Azione della chinidina. — Al dott. G. d. R., Roma.

La chinidina è uno dei quattro alcaloidi della corteccia di china. Si devono a Frey le recenti conoscenze nel valore terapeutico in cardiologia. Le nozioni che prima si avevano sul valore della chinidina come cardiocinetico erano incomplete, non precise: v. Frey affermò che la chinidina fa scomparire l'aritmia completa da fibrillazione. La sua azione fu studiata lungamente e sperimentalmente e si potè rilevare che essa ha azione depressiva molto energica (Clerc e Pezzi). Nei malati con aritmia completa essa frena l'eccitabilità dell'orecchietta, allunga cioè il periodo refrattario; ricostituisce l'ineccitabilità periodica delle sue fibre, interrompendo l'onda circolare e facendo progredire efficacemente lo stimolo e il movimento verso il basso, sì da ricostituire il ritmo perduto.

Non sempre le cose si svolgono così favorevolmente, nel 50 % dei casi l'aritmia completa persiste immutata. La chinidina dà i migliori risultati nei soggetti giovani con tachicardia di recente data, meglio ancora nelle fibrillazioni parossistiche. E' meno indicata nelle aritmie complete inveterate, nelle quali l'effetto spesso manca o è transitorio. Nelle aritmie con scompenso del miocardio è necessario prima tentare di condurre il cuore in uno stato di compenso e poi agire con la chinidina. L'azione della chinidina può essere utilizzata con vantaggio nelle tachicardie parossistiche e nelle forme accentuate estrasistoliche.

I danni sono stati esagerati, ma è sempre temibile l'embolia: usata però con prudenza non dà inconvenienti gravi, si tratta solo di porre esattamente le indicazioni e di non esagerare nelle dosi nelle prime somministrazioni.

PONTANO.

Intubazione ginecologica. — All'abb. n. 8041.

« Intubazione » in senso ginecologico è l'introduzione di un pessario rigido endouterino che di solito ha per scopo di ridurre l'angolo esagerato di flessione dell'utero e di togliere le stenosi cervicali, specialmente dell'orifizio interno.

Le indicazioni attuali si sono molto ridotte nelle sana ginecologia moderna, che ha tolto molto valore alle cause semplicemente meccaniche di sterilità e dismenorrea. Il pericolo è di risvegliare vecchi processi flogistici pelvici, spesso specifici, o di portare delle infezioni *ex-novo*.

I vantaggi sono problematici, se non associati ad altri accorgimenti. Maggiori particolari può vedere nel manuale « Elementi di Ginecologia » del prof. P. Gaifami, editi dalla nostra Casa (via Sistina, 14, Roma).

p. g.

Cura vaccinica nell'infezione tifosa. — Al dott. R. M. da C., Brescia:

Il valore della *cura* vaccinica nell'infezione tifosa è molto discusso; ad ogni modo il suo effetto è sempre tardivo, spesso quando l'infezione per suo conto tende ad esaurirsi o è esaurita. La cura vaccinica si può iniziare anche nei primi giorni, se una emocultura positiva ha accertato la diagnosi. Iniziarla nei primi giorni, senza certezza della natura della malattia, significa rinunziare alla sierodiagnosi, perchè la vaccinazione tifica determina la produzione di agglutinine per sè.

Più vantaggiosa è per gli effetti rapidi se pur incostanti, e perchè non influisce sulle indagini serologiche successive, è la proteinoterapia aspecifica. PONTANO.

Trattato medico di medicina interna. — All'abb. n. 3939:

Trattati completi di medicina interna moderni italiani non ne esistono ma ne sono annunziati di prossima pubblicazione almeno due.

Per ora io non saprei consigliargliene uno migliore dello Strumpell, edizione aggiornata, tradotta in italiano ed edita dal Vallardi.

T. P.

Al dott. E. T. da P.:

Le modalità per il corso di tisiologia che si terrà quest'anno presso l'Istituto di Benito Mussolini, diretto dall'on. Prof. Morelli, non sono ancora state stabilite.

Appena concretate saranno oggetto di avviso su tutta la stampa medica.

G. M.

Al dott. U. S. da S.:

Consulti: il volume di *Médecine sociale*, del *Traité de pathologie médicale et de therapeutique appliquée*, pubblicato sotto la direzione di SERGENT da A. Maloine di Parigi.

fil.

Al dott. A. G. da C., abb. 8775:

Consulti: E. MARIOTTI: *La reazione di Wassermann.* Soc. ed. libraria, Milano. G. PISTOCCHI. *Preparazione e tecnica delle sieroreazioni per la sifilide.* Cappelli, ed., Bologna.

Per la sieroreazione di Widal, qualunque trattato di Batteriologia (p. es. quello ottimo e recente di V. PUNTONI).

fil.

Al dott. E. F. da P., abb. 8363:

Come atlante delle malattie della pelle e veneree, consulti quello di JACOBI-ZIELER di 161 tavole con 266 fig. colorate. F. Vallardi ed. Milano, prezzo L. 220, o quello di E. RIECKE, stesso editore, prezzo L.100.

Per altri atlanti colorati, consulti quelli pubblicati dalla Società editrice libraria di Milano.

fil.

VARIA.

Esplosioni di anestetici.

(PINSON. *The British Medic. Journal*, 30 agosto 1930).

Recentemente l'A. ebbe notizia di due esplosioni che furono attribuite al cloroformio. Poichè il cloroformio non è infiammabile nè brucia (mentre una miscela di 2 parti di cloroformio e 1 di etere o una miscela di cloroformio, alcool e etere brucia), e poichè in un caso di esplosione questa era avvenuta mentre si usava un elettrocauterio, egli ha fatto delle ricerche per stabilire se i vapori di cloroformio possono diventare infiammabili in certe circostanze. Egli fece passare una corrente di ossigeno attraverso il cloroformio in una bottiglia di Junker, ma non riuscì ad accendere il vapore che ne usciva. Pensando che forse il calore dell'elettricità potesse rendere combustibile il vapore ossigenato egli preparò un esperimento facendo bollire del cloroformio in un recipiente nel quale gorgogliava una corrente di ossigeno. Poi applicò al vapore la fiamma di un tubo con ossiacetilene e arroventò nel vapore stesso un frammento di acciaio per mezzo di un getto di ossigeno. Egli ritiene di avere raggiunto così una temperatura superiore ai 4000° C. In tutt'e due i casi il vapore del cloroformio si trasformò in colonne di fumo nero ma non si infiammò. Il che indica che nei casi in cui si ebbero esplosioni, non era il cloroformio che era infiammabile, e lo scoppio si può solo spiegare o con aggiunta inavvertita di etere o per formazione di gas combustibile da tessuto sovrariscaldato in uno spazio ristretto come la bocca.

In Inghilterra si registra almeno un centinaio di esplosioni ogni anno per uso di etere con scottature di sopraccigli, delle labbra e del faringe, mai del polmone perchè la mistura è troppo debole per bruciare anche lì. Perchè ciò avvenga è necessario un calore notevole: difatti un ago deve essere arroventato per infiammare il vapore dell'etere.

Fu riferito un caso di accensione dell'etere con conseguente emorragia mortale della bocca per l'uso di una siringa da dentisti per aria calda; e certamente la siringa non era arroventata.

Le accensioni più gravi sono state notate per bottiglie di etere rovesciate in camere dove c'era acceso il fuoco o c'era un radiatore elettrico. Il cloruro d'etile non s'infiamma nell'aria.

Gravi inconvenienti si sono avuti dall'uso dell'etilene e dell'acetilene come anestetici e si spiega facilmente perchè sono gas esplosivi, e servendosi di queste due sostanze è bene non adoperare lampade elettriche che si debbano mettere molto vicina o per lo meno assicurarsi che la connessione della lampadina colla corrente elettrica sia perfetta.

R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza sanitaria sulla poliomielite anteriore acuta.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Generale della Sanità Pubblica, divisione VI) ha diretto all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia una lettera in data 16 novembre 1930 in cui è detto:

Da parte di questo Ministero e delle Autorità Sanitarie provinciali e comunali verranno impegnati i maggiori sforzi per la larga e rigorosa attuazione delle misure profilattiche prescritte, colla fiducia di potere fronteggiare la costituzione di focolai infettivi ed il propagarsi della poliomielite in forma epidemica.

Ma su di un punto di speciale e grande importanza nella lotta contro la poliomielite acuta rendesi necessario richiamare l'attenzione di codesta on. Opera Nazionale. Esso riguarda il problema assistenziale dei bambini colpiti, problema che presentasi vario a seconda che trattasi dell'assistenza durante la malattia, e dell'assistenza ad esito di essa.

Questo Ministero ha insistito sul concetto della ospedalizzazione dei malati, e ciò anche per il fatto che, richiedendo la malattia cure lunghe ed appropriate ed interventi speciali per prevenire, modificare e migliorare i gravi danni che essa per lo più determina, questi interventi (radioterapia, diatermia, applicazioni elettriche, massaggi, ecc.) non è possibile applicare a domicilio. E più grave rendesi, poi, il modo di provvedervi qualora trattisi di bambini della classe operaia e povera.

Necessita, pertanto, che da parte di codesta on. Opera, che presiede per istituto alla protezione dell'infanzia, sia esaminato il modo migliore come venire in soccorso di questi piccoli infermi, agevolando il ricovero di essi in cliniche ed istituti tecnicamente bene attrezzati, nei quali sia possibile dare quelle prestazioni e quelle cure che la scienza ritiene più utile per prevenire la manifestazione delle paralisi, e per limitarne i danni quando esse si fossero costituite, possibilità che non sempre può aversi nei comuni ospedali.

Ancora più importante ai fini sanitari sociali è il problema dell'assistenza ai bambini che hanno già superata la malattia, ma nei quali sono residuate paralisi e deformità degli arti.

Sono questi dei veri gravi minorati, che non assistiti opportunamente restano perennemente degli individui paralizzati, deformi per contratture, incapaci di lavorare, e rappresentano un grave e doloroso peso per le famiglie e la società.

Ora questi sventurati bambini, anche se colpiti da paralisi di ambo gli arti posteriori, sono sanitariamente e socialmente in gran parte recuperabili; adatte cure ortopediche e la graduale rieducazione degli arti possono in molti casi migliorare la loro condizione, e metterli in grado di essere, il meglio possibile, utili a sè stessi ed alla società.

Ciò, però, può solo ottenersi con l'internamento di essi in istituti ortopedici, ove possano attuarsi le cure del caso, ed il graduale ricupero di questi minorati, senza di che la società vedrà annualmente aumentare il numero degli individui paralitici, immobilizzati fisicamente ed inadatti a qualsiasi lavoro.

Tali necessità assistenziali questo Ministero prospetta a codesta on. Opera Nazionale, nella sicurezza che, tenuto conto della gravità e dell'urgenza di addivenire ad adeguati provvedimenti, essa vorrà dedicare particolari premure all'assistenza dei poliomielitici, durante e dopo la malattia, al fine di evitare, per quanto possibile, la determinazione delle gravi forme paralitiche e di ottenere il ricupero alla Società dei bambini minorati fisicamente.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acerno (*Salerno*). — Per titoli; condotta per i poveri. Stipendio lordo L. 6700, oltre quattro aumenti quadriennali di un decimo. Scadenza, per la presentazione dei documenti, 30 novembre. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica ed Assistente della Sezione Chimica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendi rispettivamente di L. 13.500 e L. 12.000, aumentabili di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo rispettivamente di L. 4000 e L. 2500. Compartecipazione contravvenzioni e 25 % al Direttore e 10 % all'Assistente sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Scadenza 15 dicembre 1930, ore 18. Per informazioni e domande rivolgersi Segreteria Generale Amministrazione Provinciale.

Apecchio (*Pesaro*). — Proroga al 15 nov.

Ascoli Piceno. — Proroga a tutto 31 ott.

Banari (*Sassari*). — Scad. 25 ott.; L. 9500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 800 uff. san., L. 1000 arm. farm.

Bassignana (*Alessandria*). — Scad. 31 ott.; lire 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 700 uff. san., L. 500-1000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 30.

Brescia. *Spedali Civili.* — Medico aiuto in medicina generale; titoli ed eventualm. esami; lire 4700; scad. ore 15 del 25 ott.; età lim. 37 a. al 20 sett.; biennio di prova; titoli non anter. al 1° ag.; tassa L. 50.

Caprino Bergamasco (*Bergamo*). — Scad. 25 dic.; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 650 uff. san., L. 400 ambulat.; età lim. 40 a.

CASTAGNARO (*Verona*). — A tutto il 30 nov.; L. 8000 e 5 quadrienni dec. per 700 pov., addizion. L. 5, c.-v. in L. 2320 se coniugato, L. 1600 se celibe; L. 1000-2500-3000 trasp.; L. 600 ambulat.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° ott.; tassa L. 50,10.

CASTEL D'ARGILE (*Bologna*). — Scad. 25 ott.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500-2000-3000 trasp., L. 500 uff. san., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CASTELNUOVO CILENTO (*Salerno*). — Scad. 16 nov.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., L. 1500 trasp.; età lim. 45 a.

CETRINO BERGAMASCO (*Bergamo*). — Scad. 25 dic.; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 560 uff. san., L. 400 ambulat.; età lim. 40 a.

CHIVASSO (*Torino*). *Ospedale Civico*. — Scad. 15 nov.; assistente interno; rivolgersi Segreteria.

CREMA (*Cremona*). *Consiglio degli Istituti Spedalieri*. — Per titoli. Medico assistente. Stipendio annuo L. 4000, con gli obblighi disposti dalla legge 14-7-1898, N. 335 e 2-12-1909, N. 744 sulle pensioni. Caro viveri di annue L. 1820 e indennità giornaliera di L. 15 per guardia medica in turno con un solo altro medico assistente. Durante il servizio di assistenza è a disposizione camera arredata con riscaldamento e luce. Gli aspiranti non dovranno superare l'età di anni 35. Domanda in carta da bollo di L. 3 e documenti debbono pervenire alla Segreteria del Consiglio Istituti Spedalieri entro il 31 ottobre.

FALCADE (*Belluno*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 1000 bicicl., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Direttore sanitario con residenza in Careggi; L. 15.400 aumentabili a L. 19.400, oltre L. 2500 carica, c.-v., alloggio, ecc.; età lim. 45 a. Primario, aiuto e assistente per il Sanatorio di Careggi; aiuto medico e assistente per il R. Arcispedale di S. Maria Nuova. Per il primario L. 5255 e percentuali; non limite d'età. Per gli aiuti L. 7050, c.-v., ecc.; età lim. 35 a. Per gli assistenti L. 6400, c.-v., ecc.; età lim. 30 a. Tassa di L. 50 per ogni concorso. Scad. ore 12 del 31 dic. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

GUSSAGO (*Brescia*). — Scad. 31 ott.; 1° reparto; L. 8000 oltre c.-v., L. 1800 trasp., L. 1200 serv. alternativo uff. san., L. 1500 turno Ospedale. Preferenze: titoli medic. e ostetr.

IESI (*Ancona*). — Scad. 15 nov.; 2ª cond.; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3000 trasp.; età lim. 35 a.; voti esami spec. e di laurea.

LAPEDONA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 oltre L. 1000 indenn. forese, L. 500 indennità laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MEZZENIRE (*Torino*). — A tutto 30 nov.; L. 9000 oltre L. 700 uff. san. e L. 1800 trasp.; aumenti periodici.

MONTECARLO VERSIGGIA (*Pavia*). — Scad. 15 dic.; con Lirio; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 300 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTEFIORE CONCA (*Forlì*). — Al 30 ott., ore 12; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre le indenn. c.-v.; se uff. san. L. 300; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 ott.

NOVELLARA (*Reggio Em.*). — Scad. 30 nov., 1ª condotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500 trasp., L. 500 ambulat., età lim. 35 a.; tassa L. 50.

OLMEDO (*Sassari*). — Scad. 31 ott.; L. 9500 oltre L. 800 uff. san., L. 1000 arm. farm., c.-v. se coniugato; tassa L. 50.

PENNE (*Pescara*). — Per titoli; stipendio annuo lordo L. 6500. Aumenti biennali di 1/20 per dieci bienni. Indennità lorde L. 2400 per mezzi di trasporto. Scad. 30 novembre. Assunz. servizio entro 30 giorni partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 31 ott.; consorzio; L. 10.000 e 6 aumenti, oltre L. 900 uff. san., L. 3500 cavalc., L. 600 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova*. — Primario di ginecologia ed ostetricia; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre due c.-v. di cui uno di L. 1500, partecipaz. ecc.; biennio di esperimento; scad. ore 18 del 31 dic.; tassa L. 50,20 all'esattore-tesoriere; doc. anter. al 15 sett.; titoli. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministraz. (via De Amicis 31).

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Cinque primari medici ed uno dirigente di Laboratorio patologico; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 25 sett.; L. 7800 e c.-v.; tassa L. 50. Scad. ore 16 del 15 nov. Chiedere bando alla Segreteria Generale (Palazzo S. Spirito).

S. GREGORIO DELLE ALPI (*Belluno*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

S. NICOLA DA CRISSA (*Catanzaro*). — Scad. 8 dic.; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; certificato dei punti se non risultano dalla laurea; tessera P. N. F., se in possesso.

SAMASSI (*Cagliari*). — Scad. 30 ott.; L. 9000 e c.-v.; servizio obbligat. presso la Bonifica Pimpusi, spese trasporto a carico della Direz.

SIMAXIS (*Cagliari*). — Proroga a tutto 10 nov.

TORTORICI (*Messina*). — Scad. 25 ott.; L. 8000 oltre L. 2000 trasp. e L. 500 uff. san.

URBANA (*Padova*). — Scad. 25 ott.; L. 9000 e 5 quadrienni oltre c.-v., trasp. L. 3000, per uff. san. L. 500, per ambulat. L. 600; età lim. 40 a.

VETRALLA (*Viterbo*). — 3ª condotta; scad. 25 ott.; età lim. 35 a.; buona condotta morale, civile e politica; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; L. 8500 per 1000 pov., 5 quadrienni dec., c.-v. in L. 1080, cavalc. L. 3000, se uff. san. L. 800; assistenza operaz. chirurgiche nell'Ospedale non oltre L. 400.

BOLOGNA. *R. Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria*. — A tutto il 30 novembre sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1930-31 ai corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione

viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

Medico-chirurgo assumerebbe subito servizio sanitario come interino, supplente, assistente anche Clinica Privata, rappresentante inoltre o propagandista prodotti farmaceutici, ecc. Scrivere specificando: Famiglia Casarecci, via Castelfidardo 34, int. 14, Roma.

CONCORSI A PREMI E POSTI DI STUDIO.

Presso la R. Università di Roma sono aperti i concorsi a:

due posti di studio della Fondazioni Maggi, per laureati a Roma dopo il 25 dic. 1928; L. 166.66 mensili per 2 anni; scad. ore 30 del 24 nov. 1930;

due posti di studio della Fondazione Corsi, per laureati a Roma da non oltre un triennio solare dopo aver frequentato i corsi per due anni almeno; L. 225 mensili per 8 mesi; scad. ore 12 del 3 dicembre;

tredici premi della Fondazione Rolli per studenti; L. 1000 ciascuno; scad. ore 12 dell'11 dicembre;

un premio della Fondazione Mazzoni, per laureati a Roma; che abbiano avuto il maggior numero di voti; rendita del capitale di L. 50.000; scad. ore 12 del 31 lug. 1931.

Il periodico « La Medicina Internazionale » di Milano (via Sempione 28) ha bandito un concorso fra studiosi italiani, per lavori sui temi: 1) « Le periviscerìti »; 2) « Glandole endocrine ed apparecchio circolatorio »; 3) « Il valore della terapia calcica ». I lavori prescelti saranno tre, possibilmente uno per argomento, e ad essi verranno assegnati complessivamente tre premi, di L. 5000, 3000 e 2000. I lavori, la cui lunghezza non deve superare 50 pagine di stampa di formato del periodico, devono inviarsi non oltre il 29 dicembre 1931, alla direzione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al dott. Girolamo d'Assisti, di Margherita di Savoia (Foggia), è stato conferito dal Ministero dell'Interno il Diploma con medaglia di bronzo al merito della Sanità Pubblica, in riconoscimento dell'opera efficace e della proficua attività continuamente svolte nell'interesse della salute pubblica per circa 35 anni, nella qualità di medico condotto e di ufficiale sanitario del Comune, specialmente durante le gravi epidemie di dermotifo del 1902 e di colera del 1910. Degne di considerazione presso il Ministero sono state varie pubblicazioni su problemi di grande interesse igienico della Capitanata.

Rallegramenti.

Con deliberazione unanime del Collegio dei Medici dello Stato di Nuova Jersey (S. U. d'A.), è stato nominato presidente del « Board of Medical Examiners » il connazionale dott. Arcangelo Liva, stimato e valente professionista di Rutherford. Al collega illustre, che onora l'Italia e la Nazione che l'ospita, le nostre più vive congratulazioni.

Il Governo provvisorio della Repubblica Argentina ha nominato i dottori Gregorio Aráoz Alfaro e Tiburcio Padilla rispett. presidente e segretario generale del Dipartimento Nazionale di Igiene.

Il dott. Brunet è nominato generale medico della Marina di Guerra francese. Egli ha avuto una carriera particolarmente brillante; è decorato di parecchie medaglie d'oro, tra cui una dell'Esposizione d'igiene di Strasburgo (1923).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Liegi.

Il Congresso Internazionale contro il reumatismo.

Il II Congresso si è tenuto a Liegi dal 18 al 21 settembre sotto la presidenza del prof. R. Fortescue Fox (Londra) e del prof. M. Labbé (Parigi), immediatamente dopo il Congresso internazionale di terapia fisica. Sono intervenuti personalmente oltre un centinaio di congressisti in rappresentanza delle varie nazioni. Per l'Italia erano intervenuti il prof. Cipriani (Torino) e il prof. Lunedei (Firenze).

Aperto il Congresso, i segretari delle apposite commissioni precedentemente nominati riguardo alle questioni della classificazione delle « malattie reumatiche » e della « standardizzazione dell'analisi ematologica », riferirono brevemente le conclusioni delle commissioni stesse. Riguardo alla classificazione (rapporto dott. van Breeman, Amsterdam) il segretario della commissione, dopo aver riferito che erano state presentate all'esame più di cento diverse classificazioni, propose di distinguere nettamente una nomenclatura pratica per dati statistici e fini sociali, e una nomenclatura medico-scientifica. Non occupandosi, in questo primo tempo, della 2ª nomenclatura, la Commissione si limitò a proporre la nomenclatura pratica per dati statistici. Tale nomenclatura fu considerata poi, nell'ulteriore discussione, in massima troppo semplicista, dimostrando ciascun rappresentante delle varie nazioni di rimanere favorevole alle classificazioni generalmente seguite nelle singole nazioni; cosicchè l'accordo sulla nomenclatura della classificazione non fu raggiunto pur essendosi svolto un utile scambio di concetti a questo riguardo.

Le conclusioni della commissione sugli « esami ematochimici » furono riferite dal dott. Fischer di Berlino il quale concluse per la necessità di esami morfologici, sierologici, ematochimici in tutte le forme di artriti.

Si svolsero quindi le relazioni sul tema del Congresso, cioè « Sui disturbi della circolazione della pelle e reumatismo cronico » con relazioni del prof. Pemberton (Filadelfia), che espose i suoi noti, numerosi studi sulle alterazioni delle circolazioni capillari nelle artropatie, del prof. Laignel-Lavastine (Parigi), del prof. Lunedei (Firenze) che espose con competenza i metodi di esame ed i risultati da lui ottenuti nelle forme di artropatie croniche, che depongono per la frequente presenza di perturbazioni funzionali che l'autore ritiene concomitanti alla lesione artropatica, ed altre relazioni del prof. Gunzburg (Bruxelles) con esposizione di osservazioni cliniche, del prof. Van Breemen (Amsterdam) con ricerche sulla tem-

peratura cutanea, pletismografiche e capillaroscopiche, ed altre ancora. Furono poi presentate numerosissime comunicazioni sulle più varie questioni attinenti al reumatismo. Speciali discussioni suscitarono le comunicazioni sulla poliartrite reumatica acuta sperimentale ottenuta sulle scimmie da due allievi del prof. Voronoff e le dimostrazioni anatomo patologiche del prof. Gräff (Monaco) sull'origine infettiva delle artriti. Da parte dei congressisti italiani furono presentate comunicazioni sul « Morbo di Still », e sulla Classificazione delle artropatie croniche (a nome del prof. Micheli), sugli esami ematochimici, sulle artriti croniche (prof. Cipriani e dott. Robecchi, Torino e Terme Acqui), sulla peliosi reumatica (prof. Lunedei, Firenze).

Gran parte dei Congressisti si trasferirono poi a Bruxelles e ad Amsterdam dove furono visitate rispettivamente le Cliniche specializzate del prof. Gunzburg (Bruxelles) e del prof. Van Breemen (Amsterdam); ivi furono anche presentati e discussi in modo molto interessante vari tipi di artropatici da parte dei vari congressisti, dimostrandosi quanto sia varia e difficile l'interpretazione diagnostica, etiologica e patogenetica di queste forme.

Come sede del prossimo Congresso da tenersi nel 1932 fu fissata l'Italia.

CIPRIANI.

Da Anversa.

III Congresso Internazionale di Polizia Criminale.

In tale Congresso, che si è svolto dal 25 al 30 settembre con la partecipazione di circa 30 Nazioni, l'Italia è stata ufficialmente rappresentata dal prof. Salvatore Ottolenghi, il quale, salutato nel discorso inaugurale come scenziato di fama mondiale, ha iniziato i lavori del Congresso con una applauditissima relazione sulla « Biologia criminale nella Polizia internazionale », seguito subito dopo dal suo allievo prof. Di Tullio, che ha svolta, ugualmente applaudita, una comunicazione sul « Medico criminologo nella Polizia ». È spettato in tal modo all'Italia, per l'interesse delle suddette comunicazioni — possiamo affermarlo senza falsa modestia — il posto d'onore fra le numerose ed altrettanto importanti comunicazioni che sono state poi svolte dai rappresentanti delle altre Nazioni. Il giorno successivo in seguito alla relazione del prof. Lentz, ordinario di Diritto Penale nella R. Università di Gratz, sulla « Tecnica delle constatazioni biologiche nella Polizia », il Congresso ha sentito l'opportunità di creare una nuova Commissione speciale di Biologia Criminale, alla cui Presidenza è stato chiamato il prof. Ottolenghi, ed i cui membri furono nominati nelle persone del prof. Lentz, del prof. Zanggerr, ordinario di Medicina Legale in Zurigo, del prof. Di Tullio, dei rappresentanti della Polizia di Karlsruhe, dott. Barck, e di Brema, dott. Petri. Tale Commissione, dopo apposita seduta, ha formulato i seguenti voti: 1) Necessità della diffusione dell'orientamento biologico nella Polizia Criminale, relativamente non solo alle constatazioni giudiziarie, ma a tutte quelle funzioni repressive e preventive specialmente, che richiedono la conoscenza della personalità del delinquente; 2) Necessità dell'istruzione adeguata in Biologia Criminale per tutti i Funzionari di P. S.; 3) Creazione di Funzionari Medici Criminologi.

E tali voti sono stati accolti ed approvati ad unanimità dal Congresso nelle sedute successive.

È evidente pertanto il completo trionfo delle Scuole Medico-Legale e di Polizia Scientifica di Roma, che hanno visto pienamente accertate le loro nobili e ben note tradizioni scientifiche, create e volute dal loro direttore Salvatore Ottolenghi. In tal modo ancora una volta l'Italia, precorrendo i tempi, ha aperto nuovi orizzonti alla medicina, nell'interesse supremo della Scienza e della Civiltà.

Prof. B. DI TULLIO.

Da Firenze.

II Convegno della Società Italiana di Anatomia.

Si è svolto in questi giorni il II Convegno della Società Italiana di anatomia al quale hanno partecipato numerosissimi anatomici, fisiologi, biologi di tutta Italia. La seduta inaugurale è stata tenuta il 4 ottobre nell'anfiteatro anatomico del nostro Ateneo, alla presenza delle Autorità, del Corpo Accademico, di un numero imponente di cultori delle scienze mediche. Ha portato per primo il saluto augurale ai congressisti il Rettore Magnifico prof. Burci, dopo di che il prof. Chiarugi, Presidente della Società ha letto il discorso inaugurale, nel quale, dopo aver commemorato il prof. Sala, anatomico di Pavia, recentemente scomparso, ha messo in rilievo i progressi compiuti dall'anatomia italiana nel campo morfologico, embriologico, istologico, progressi che hanno sempre più allargato i confini entro cui in passato era contenuta la ricerca anatomica, la quale vanta oggi anche essa, come le altre scienze, un indirizzo sperimentale. Conseguenza di ciò è un aumento sempre maggiore dei legami che mostra l'anatomia con gli altri rami della medicina, onde la necessità di continui contatti e scambi di vedute con i cultori delle altre discipline mediche.

Ha parlato successivamente il prof. Siciliano, quale Rappesentante della Società Italiana di Radiologia, rilevando appunto come lo studio anatomico e quello radiologico dimostri questa stretta affinità di rapporti, questa integrazione delle due discipline, in quanto ad esempio può riflettere l'importanza che la radiologia può avere per lo studio dell'anatomia sul vivente.

Dal prof. Terni è stato quindi svolto il primo tema di relazione sulla « moderna morfologia del sistema nervoso autonomo », cui ha fatto seguito un'interessante discussione per parte dei professori Levi, Luna, Rossi, Simonelli, Castaldi, Pace, Chiarugi. L'altra relazione sul tema « dati morfologici come guida di ricerche fisiologiche sul cervelletto » è stata trattata dal prof. Simonelli ed anche ad essa ha fatto seguito un'animata discussione. Interessanti e numerose le altre comunicazioni svolte dai congressisti su varii argomenti di morfologia, istologia, embriologia, biologia oltre ad alcune di carattere radiologico. Il Convegno ha chiuso i suoi proficui lavori il giorno 7.

P. C.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi medici di Roma.

In questi giorni si sono svolti o vanno svolgendosi a Roma i Congressi annuali della Società Italiana di Medicina Interna, della Società Italiana di Chirurgia, della Società Italiana di Urologia e della Società Italiana di Ortopedia.

Ne daremo ampi resoconti nell'apposita rubrica, cominciando da questo Numero (v. pag. 1529). Ci esimiamo, pertanto, di farne la cronaca.

5° Congresso spagnolo di neuropsichiatria.

Si è adunato a Saragozza dal 25 al 27 settembre, unitamente al 4° Congresso della Lega spagnola d'igiene mentale. Il prof. G. Pittaluga, direttore della Scuola Nazionale di Sanità, pronunziò una magnifica conferenza sull'insegnamento della psichiatria nelle facoltà di medicina. Il dott. E. Mira riferì sull'« Esplorazione dell'affettività »; il dott. J. Pons Balmes sulla « Capacità civile del paralitico generale trattato con la malarioterapia »; ecc. Il prof. E. Monis tenne una conferenza sull'« Arteriografia cerebrale ».

Il prossimo Congresso si adunerà a Granata nell'ottobre 1931.

Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

Si è svolto alla Scuola Medica di Parigi, dal 2 al 4 ottobre, il primo Congresso della Società internazionale di chirurgia ortopedica, sotto la presidenza di sir Robert Jones dell'Università di Liverpool, con l'intervento di rappresentanti illustri delle Nazioni di Europa e di America.

L'Italia era rappresentata dai professori titolari delle Cattedre universitarie.

Il Comitato nazionale italiano era costituito dai proff. Galeazzi di Milano e dal prof. Putti di Bologna. Quest'ultimo inoltre ha rivestito la carica di vice-presidente ed è stato apprezzatissimo relatore di uno degli argomenti trattati dai congressisti.

Il 10 ottobre seguì il 19° Congresso francese di ortopedia.

2° Congresso internazionale contro il reumatismo.

Si è adunato a Liegi dal 18 al 21 settembre, sotto la presidenza del prof. F. Fox di Londra. Ne diamo una corrispondenza in altra parte del giornale (v. pag. 1544).

2° Congresso della stampa medica latina.

Si è adunato a Bruxelles dal 28 al 30 settembre, sotto la presidenza del prof. Loeper e del dott. Delcourt, ed ha riportato un ottimo successo.

All'inaugurazione e al banchetto sociale intervennero il Ministro delle scienze e delle arti, Maurice Vauthier, una rappresentanza del Corpo diplomatico e della Facoltà medica, le autorità locali. Vivo interesse ha destato una conferenza del prof. Forgue sul tema « Il giornale medico e il giornalista medico contemporanei ».

Il 30 settembre i convenuti si recarono ad Anversa, ove furono ricevuti dai delegati del Circolo Medico.

17° Congresso francese d'igiene.

Organizzato dalla « Société de Médecine Publique », si terrà all'Istituto Pasteur di Parigi dal 20 al 23 ottobre. La seduta inaugurale sarà presieduta dal ministro della salute pubblica, on. Désiré Ferry; le altre sedute lo saranno dal prof. Delépine. Relazioni: « Confronto delle statistiche di mortalità infantile della prima età »; « Igiene e ricostruzione nelle zone devastate dall'alluvione nella Francia meridionale »; « Rapporti tra uffici d'igiene ed ispettorati dipartimentali d'igiene ». Si terranno delle conferenze sulla psittacosi (Saquépée), su di un viaggio di studi medico-sociali in Russia e in Scandinavia (Messerli), su Lavoisier igienista (Dujarric de la Rivière) ecc. Verrà proiettata una cinematografia di propaganda contro il vaiolo (allestita dal dott. Reynal, direttore dell'Ufficio d'igiene di Tunisi). Visite alla panetteria meccanica degli Ospedali di Parigi e alla fabbrica di cioccolato Menier. Sono annunziate interessanti comunicazioni. Segretario generale: dott. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, rue Dubot 28, Paris (XVe), Francia.

Convegno idrologico a Levico.

L'Associazione Nazionale d'Idrologia ha tenuto la sua adunanza a Levico il 13 sett. con l'intervento di un centinaio di soci, senatori e deputati. Il presidente prof. Devoto ha ricordato che il Governo Fascista, con la recente demanilizzazione delle Terme di Levico-Vetriolo, ha salvato un prezioso patrimonio. Il prof. Boveri, direttore sanitario delle Terme, parlò sul modo d'azione di quelle acque arsenico-ferruginose, per via orale e sotto forma di bagni. Il prof. Casagrandi riferì i risultati di suoi studi, destando animata discussione. Poi i convenuti si recarono a Pomarolo per presenziare all'inaugurazione di una lapide ai fratelli Felice e Gregorio Fontana.

15° Congresso ispano-americano d'oftalmologia.

La « Sociedad Oftalmológica hispanoamericana » ha tenuto la 15ª sessione biennale a Santiago di Campostella (Galizia), dal 15 al 18 ottobre. La seduta inaugurale si è svolta presso la Facoltà Medica. La principale relazione fu fatta dal dott. Soria, professore di oftalmologia a Barcellona, sulla « Biomicroscopia dell'iride ». Ebbero luogo i consueti festeggiamenti e ricevimenti.

Associazione canadese delle medichesse.

Ha tenuto l'assemblea annuale ed ha eletto presidente la dott.a Isabel-Thomas Day, di Vancouver; in questa città avrà luogo il Congresso venturo.

Scuola di perfezionamento in Pediatria a Roma.

La Scuola ha sede presso il R. Istituto di Clinica Pediatrica (Policlinico Umberto I) ed è diretta dal prof. L. Spolverini.

Gli iscritti (non più di quindici e non meno di otto per anno) devono frequentare il corso ufficiale di Clinica Pediatrica e le speciali conferenze ed esercitazioni, che saranno loro destinate.

Durante l'anno scolastico gli iscritti, a turno, presteranno servizio, come alunni interni, nei varî reparti dell'Istituto.

I corsi per il biennio 1930-31 e 1931-32, inizieranno l'11 novembre.

Tasse complessive L. 2275. Chiedere l'avviso.

Scuola di perfezionamento in Pediatria in Firenze.

Nel novembre prossimo presso la R. Clinica Pediatrica di Firenze si inizierà un corso di perfezionamento biennale per il conseguimento del diploma di specialista in pediatria secondo i termini di legge (art. 4 R. D. 31 dicembre 1923, n. 2990), per i laureati in medicina e chirurgia.

Il corso comprenderà lezioni cliniche ed esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio, nonchè lezioni di materie integrative e gli iscritti dovranno prestare per turno servizio nelle varie sezioni della Clinica che resta aperta tutto l'anno.

Al termine del primo anno (1930-1931) gli iscritti, a cui è fatto stretto obbligo di frequenza, dovranno sostenere un esame di profitto. Alla fine del secondo anno (1931-1932) discuteranno una tesi di argomento pediatrico e sosterranno un esame clinico.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Firenze, via Alfani 33, ovvero alla Direzione della R. Clinica Pediatrica di Firenze, via Maunelli 115.

Scuola di specialità in tubercolosi e malattie respiratorie presso la R. Università di Roma.

Alla scuola di specialità vengono ammessi solo i laureati in Medicina e Chirurgia. L'insegnamento ha la durata di due anni scolastici. Esso si svolge all'Istituto Benito Mussolini (Clinica della tubercolosi e malattie respiratorie) la cui sede temporanea è presso il Sanatorio di Porta Furba di proprietà della C.N.A.S.

Gli iscritti alla Scuola hanno l'obbligo di frequentare tutti gli insegnamenti, impartiti dai professori: E. Morelli (Direttore), Busi, Dionisi, Alessandri, Spolverini, Bilancioni, Pestalozza, Ilvento, Giannini, Mendes, Bocchetti, Benedetti, Omodei Zorini, Tonietti, nonchè le esercitazioni pratiche impartite dagli assistenti dell'Istituto e dai capi-reparto dell'Ospedale Sanatoriale.

Le iscrizioni si accettano fino al 10 novembre 1930. Il Corso inizierà il 17 novembre.

Le tasse ammontano complessivamente a lire 2449.60.

Chiedere il programma dettagliato.

Scuola di Perfezionamento in Medicina del Lavoro a Roma.

La Scuola, istituita presso la R. Università di Roma, con sede nel Policlinico del Lavoro, ha lo scopo di perfezionare i laureati in medicina e chirurgia nella Medicina del Lavoro, e di conferire il Diploma di « specialista in medicina del lavoro ». È diretta dal prof. A. Busi; vice-direttore ne è il prof. A. Ranelletti.

I corsi hanno la durata di un biennio.

La Scuola avrà inizio il 1° dicembre. Le iscrizioni si ricevono sino al 30 novembre. Tasse complessive L. 2530. Chiedere annunzio alla Segreteria, via Ripetta 180, Roma.

I Sanatorio del Groppino a Bergamo.

Il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Bergamo ha fatto sorgere, accanto al vecchio sanatorio di Groppino — dovuto alla tenace volontà di alcuni volenterosi, — un magnifico sanatorio, a tre piani oltre il semi-interrato. In ciascuna delle due ali sono ricoverati i maschi e le femmine, mentre nel corpo centrale sono allogati gli uffici di direzione e di economato, le sale di accettazione dei malati e le cucine; nel sotterraneo trovano posto la dispensa, la farmacia, la lavanderia, l'impianto di riscaldamento ecc.; in appositi locali sono distribuiti i gabinetti di radioscopia e radiografia, le sale per gli esami dei malati ecc. In media il sanatario — compreso il vecchio fabbricato — ospita 260 malati al giorno. Con gli Ospedali Principessa di Piemonte e F. M. Passi e con l'Istituto Rachitici, viene a costituire un attrezzamento perfetto per l'assistenza sanitaria nel bergamasco.

Aeronave-ospedale.

È in corso d'attuazione negli Stati Uniti la costruzione di un'aeronave che funzionerà da ospedale per tubercolotici e per deperiti, i quali dispongano di mezzi economici sufficienti per sostenere la spesa di questa forma costosa di trattamento e nervi abbastanza saldi per non temerne i pericoli...

La forma e la grossezza saranno quasi uguali a quelle di un dirigibile che si sta costruendo ad Akron, Ohio, per conto della Marina degli Stati Uniti, sotto la direzione del dott. Karl Arnstein, ingegnere-capo della « Good-Year-Zeppelin Corporation ». Sulla parte superiore dell'aeronave sorgerà il sanatorio aereo, con tutte le comodità richieste per il conforto e la cura degli ammalati. Ai suoi lati presenterà molte finestre, per ricevere i raggi del sole. Invece di vetri, saranno usati fogli di celluloide chiara, o una materia simile, per evitare un aumento di peso e ridurre i pericoli di rotture. L'aeronave-ospedale dovrebbe poter rimanere in aria varie settimane per ogni ascensione, fermandosi all'altezza più adatta, in modo da non essere ostacolata dalle nubi o dai temporali. Per le comunicazioni con la terra l'immenso dirigibile disporrebbe di un aeroplano che farebbe i viaggi per il rifornimento di medicinali o di quant'altro possa occorrere di urgenza.

Ospedale omeopatico.

Verrà costruito a Stoccarda, mediante i fondi dati da un grande industriale.

Il Municipio di Parigi per gli studi medici.

La 5ª Commissione d'igiene del Consiglio municipale di Parigi ha assegnato oltre un milione di franchi in favore degli studi medici; e cioè franchi 532.500 per i laboratori batteriologici; 353.929 per i laboratori centrali di radiografia ed elettroterapia; 72.771,20 per musei; 29.600 per biblioteche; 18.000 per borse di viaggio; 4000 per l'anfiteatro anatomico; 5000 per riserve.

Beneficenza.

Una signora nord-americana, che al suo arrivo in Napoli era stata coattivamente ricoverata nell'Ospedale Cotugno per malattie infettive, a cau-

sa di un'angina scarlattinosa, appena guarita ha voluto manifestare il suo compiacimento per il modo con cui era stata trattata donando all'Ospedale la somma di lire cinquantamila.

Per la propaganda igienica nel Belgio.

La « Société Belge de Médecine Préventive » organizza, in collaborazione della « Ligue de l'enseignement », due giornate medico-pedagogiche consacrate al compito dell'educazione nella difesa della salute pubblica. Si svolgeranno al « Palais des Académies » nei giorni 25 e 26 ottobre. Il Ministro delle Scienze ed Arti ha concesso all'iniziativa il suo alto patronato; moltissimi enti, a partire dalla Croce Rossa, daranno il loro concorso. Per eventuali informazioni rivolgersi al dott. F. Imianitoff, rue de Toulouse 25, Bruxelles, Belgio.

Settimana di nipiologia e igiene in Argentina.

La Società di Nipiologia e quella di Igiene e Microbiologia hanno organizzato, dal 7 al 13 agosto, una serie di conferenze e discussioni sull'allevamento infantile e sulla tutela dell'infanzia e della maternità; vi hanno partecipato i proff. R. Debré (di Parigi), G. Aráoz Alfaro, A. Zwanck, G. Rodriguez, ecc.

Il giorno della salute in Spagna.

L' « Institulo Nacionál de Sanidad y Pedagogia » di Madrid ha proposto la celebrazione annuale di un « giorno della salute », festa destinata a interessare tutte le classi sociali — così nelle città come nelle campagne — in quanto concerne la salute pubblica e privata: verranno impartiti precetti chiari e concisi di vita sana, corredati da proiezioni, cinematografie, tavole murali, ecc., nelle Università, nelle scuole medie ed elementari, nelle officine, nei villaggi ecc. La « Scuola di Sanità » di nuova fondazione, diretta da un uomo di larghe vedute, quale è il Pittaluga, seconderà indubbiamente e seconderà l'utile iniziativa, cui coopereranno molti volenterosi.

Crociera d'oriente di "Bruxelles-Médical".

Ricordiamo che avrà luogo durante la prossima primavera, in occasione delle feste di Pasqua, con partenza da Marsiglia il 28 marzo (ore 16) e ritorno allo stesso porto il 21 aprile; scali a Tripoli, Alessandria (Cairo), Giaffa (Gerusalemme), Beirut (Baalbeck e Damasco), Stambul, Pireo (Atene), Corfù, Messina, Napoli. La crociera si compirà sulla nave di gran lusso « Champollion », che stazza 15.000 tonnellate ed è lunga 150 metri. I prezzi per i medici o le persone della loro famiglia variano da franchi francesi 2650 (2ª classe, cabine interne con 4 cuccette) a 14750 (1ª classe *extra*); per i non medici (presentati da medici) variano da fr. 2710 a 15.650; la spesa delle visite, gite ed escursioni non sorpasserà 3000 franchi. Alla fine dello scorso settembre erano già prenotati più di 150 posti. Per i programmi e per informazioni (passaporti, abiti, ecc.) rivolgersi a « Croisière Bruxelles-Médical », boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

Omaggio a Castaigne.

Gli amici e gli allievi del prof. Castaigne gli offriranno, nel prossimo novembre, un libro giubilare e una medaglia. Il Comitato d'onore costituitosi per tali onoranze, è presieduto dai professori Chauffard e Achard. È aperta una sottoscrizione di 100 franchi, la quale darà diritto a un esemplare del libro e ad una riproduzione della medaglia. Le sottoscrizioni vanno indirizzate al dott. Henry Paillard, avenue d'Aubière 27, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Francia; o meglio versate sul suo conto corrente postale, n. 63-10, a Clermont-Ferrand.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 27 Ottobre 1930 Num. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI AVEZZANO
Prof. S. MARINACCI, direttore e chir. primario.

Sulla reazione di Botelho.

Dott. TORQUATO CALZOLARI, aiuto chirurgo.

Lo scopo della presente nota non è tanto quello di lumeggiare il meccanismo chimico secondo il quale la reazione si effettua quanto quello di portare un contributo casistico alla reazione stessa.

Non mi soffermerò quindi in considerazioni d'indole chimica anche perchè non ancora è stato precisato esattamente quale sia l'entità vera della reazione. Essa appartiene al gruppo delle reazioni di labilità colloidale, ed è indirizzata allo scopo di porre in rilievo un relativo aumento del fibrinogeno e delle globuline rispetto alle sieroalbumine.

La reazione ha avuto varie interpretazioni: per qualche A. nel siero dei carcinomatosi l'albumina si troverebbe in proporzioni quantitativamente minori rispetto all'individuo sano ed essa verrebbe precipitata, in ambiente acido, dalla soluzione iodoiodurata; altri hanno riscontrato un tasso di urea più alto della norma nel siero dei cancerosi e ad esso attribuiscono la causa della precipitazione; altri pensano che l'elevata percentuale della sieroalbumina o la bassa concentrazione delle proteine, prese globalmente, siano responsabili della reazione. Anardi fa risalire la reazione ad un disquilibrio fra le albumine e le globuline del siero; queste ultime costituirebbero il 90 % delle sostanze sieroproteiche rilevabile in tutte le forme morbose caratterizzate da aumentato metabolismo cellulare e da assorbimento di prodotti disintegrativi dei vari tessuti.

La percentuale di positività, data dai vari AA., per la reazione di Botelho si aggirerebbe sull'80 % per i casi di carcinoma e di altre forme tumorali di natura maligna, mentre la positività per altre forme morbose di natura certamente non neoplastica si aggirerebbe attorno al 30 %.

È in base a questi risultati che tutti gli AA. che s'interessarono della reazione di Botelho conclusero che essa non poteva ritenersi nè specifica nè precoce per le forme tumorali maligne ma che piuttosto poteva servire come indice di un rilevante disequilibrio umorale indipendente dalla coesistenza di una forma neoplastica.

Io non ho alcuna intenzione d'infirmare la veridicità di queste logiche conclusioni ma mi pare non fuori luogo fare osservare che da essa si pretendevano troppe cose.

Data la mancata conoscenza dell'intima essenza della reazione stessa, dato il numero discreto di reazioni positive in forme morbose di natura non neoplastica, non è il caso di parlare di specificità della reazione, però non si deve neppure trascurare l'80 % della sua positività in forme tumorali sicuramente maligne.

A me sembra perciò che la positività della reazione, anche se non ci assicura in modo completo sulla natura dell'affezione, può essere un sussidio diagnostico non indifferente se non altro perchè serve a prospettare l'eventualità di un processo tumorale. Nè mi sembra completamente giusta l'osservazione che tale reazione sia strettamente legata alle condizioni generali assai scadute del malato perchè nei casi da me osservati, ad eccezione di pochissimi, si trattava sempre d'individui ancora in buone condizioni tanto da essere sottoposti ad interventi chirurgici anche assai gravi, che vennero facilmente superati, mentre ho potuto osservare altri soggetti con forme morbose non tumorali ed in condizioni generali assai gravi, con reazioni di Botelho negativa.

Da alcuni AA. la reazione di Botelho è stata destituita da ogni valore pratico perchè le viene mossa l'accusa di apparire solo in uno stadio avanzato del processo morboso: è illogico pensare ad una precocità in senso assoluto essendo pressochè impossibile svelare una forma morbosa ancora allo stato latente, innanzi tutto perchè ancora non si sono stabilite alterazioni istiogene od umorali che caratterizzano ogni processo affettivo, in secondo luogo perchè è noto che gli ammalati giungono alla nostra osservazione soltanto quando un determinato corteo sintomatologico subiettivo li rende dubbiosi sul loro stato di salute. Ora se per precocità s'intende questo stadio della malattia, confortato dai resultati che ho potuto osservare, non esito ad affermare che la reazione di Botelho è precoce.

Ho voluto esperimentare la reazione di Botelho perchè avevo la possibilità di controllare operativamente la veridicità o meno di essa: per qualcuno dei casi che si presentarono all'osservazione, fu sufficiente l'intervento per renderci conto della natura dell'affezione, per altri invece oltre ad un accurato esame del pezzo asportato, si rese necessario l'allestimento di preparati istologici. La reazione è stata condotta secondo il metodo originale non tenendo conto delle numerose modifiche apportate dai vari AA. perchè si sono dimostrate di nessun vantaggio.

Diluizione al 50 % del siero fresco, prelevato a digiuno e centrifugato fino a limpidezza perfetta, con soluzione fisiologica al 7,50 %; a 2 cmc. di soluzione citrica formolata, addizionavo cmc. 0,5 di siero diluito e quindi cmc. 0,7 di soluzione iodoiodurata. Ritenevo positive ie reazioni in cui si formava subito un precipitato ben evidente e persistente anche se la provetta veniva a lungo agitata, negativa quando il precipitato non si formava oppure scompariva spontaneamente in modo rapido, allora aggiungevo ancora cmc. 0,2 di soluzione iodoiodurata ottenendo la formazione di un nuovo precipitato, assai più tenue del precedente e che in genere si scioglieva in poco tempo. Ritenevo dubbie le reazioni in cui si formava un opacamento del liquido per la presenza di piccoli fiocchetti rimasti in sospensione e che solo dopo alcune ore precipitavano al fondo della provetta.

CASISTICA.

CASI CON REAZIONE POSITIVA.

Num. d'ordine	Cognome e nome	Età	Reaz. Botelho	Azotem. %	Condizioni generali	Diagnosi
1	A. Nicola	63	+ + +	0,60	Assai scadute	Epitel. gastrico.
2	R. Angela . . .	33	+ + +	0,50	Buone	Epitel. utero.
3	M. Maria . . .	50	+ — +	0,43	Buone	Epitel. fegato.
4	I. Rosa	56	+ + +	0,62	Molto scadute	Epitel. gastrico.
5	S. Luigia . . .	51	+ + +	0,45	Buone	Epitel. gastrico.
6	V. Benedetto . .	54	+ + +	0,43	Buone	Sarcoma melan.
7	N. N.	46	+ + +	0,60	Scadute	Epitel. mamm. rec.
8	De F. Giuffrida .	38	+ + +	0,54	Buone	Epitel. pleurico.
9	C. Pietro . . .	39	+ + +	0,40	Buone	Epitel. polmon.
10	A. Clemente . .	50	+ + +	0,57	Buone	Epitel. mamm. rec.
11	C. Sabatino . . .	26	+ + +	0,60	Buone	Cistite cronica.

CASI CON REAZIONE NEGATIVA.

Num. d'ordine	Cognome e nome	Età	Diagnosi	Reaz. Botelho	Azot. %	Condizioni generali
1	F. Antonio . . .	53	Papilloma lingua	— — —	0,52	Ottime.
2	Di D. Mar. . . .	63	Endometrite	— — —	0,60	Buone.
3	V. Antonio . . .	41	Fibroma utero sottomucoso	— — —	0,51	Buone.
4	T. Clarice . . .	28	Grav. molare	+ — —	0,38	Discrete.
5	B. Rosa	35	Cisti ovarica	— — —	0,42	Scadute.
6	P. Francesco . .	37	Ittero cronico da occl.	— — —	0,54	Molto scadute.
7	M. Giuseppina . .	24	Tubercolosi renale	— — —	0,60	Scadutissime.
8	M. Francesco . .	22	Compressione cerebrale	— — —	0,45	Buone.
9	O. Giusto . . .	42	Papilloma retto	— — —	0,52	Buone.
10	M. Nicola . . .	58	Stenosi pilorica	— — —	0,45	Scadutissime.
11	P. Maria	30	Stenosi pilorica.	— — —	0,45	Scadute.
12	C. Domenico . .	48	Tubercolosi renale	— — —	0,56	Discrete.
13	S. Antonio . . .	30	Ulcera duodenale	— — —	0,48	Scadute.

Fra i casi riportati nella prima tabella si può osservare che si tratta sempre di forme tumorali maligne ad eccezione di un caso di cistite cronica (caso N. 11) che risale a parecchi mesi e che si è mostrato ribelle ad ogni trattamento.

Sulla diagnosi non può esservi alcun dubbio perchè tutti i malati vennero sottoposti ad intervento operatorio, ad eccezione dei casi 1 e 7 controllati radiologicamente e ritenuti inoperabili: nel caso N. 3 l'intervento si limitò ad una semplice laparotomia esplorativa. Le condizioni generali dei soggetti erano in genere buone, tanto da permettere interventi sull'addome di un traumatismo non indifferente. Il caso N. 9 riguarda un individuo con una sindrome di compressione mediastinica; l'esame radiologico ed in un secondo tempo la biopsia di una glandola ascellare per l'allestimento di una preparazione istologica, ci dimostrarono la natura dell'affezione.

Ho riportato parallelamente alla reazione di Botelho l'azotemia che noi pratichiamo sistematicamente a tutti i soggetti che devono subire un intervento di un certo interesse; come si può osservare dalla tabella, il tasso ureico del sangue si aggira quasi costantemente entro limiti pressochè normali anche in quei due casi in cui per le loro gravissime condizioni determinate dalla notevole diffusione del processo tumorale, si ritenne non prudente l'intervento: non mi sembra perciò che si possa mettere in rapporto l'azotemia alta con la positività della reazione.

Nella tabella seconda sono compresi tutti i casi con reazione negativa in forme morbose di natura assai varia.

Fra esse notevole il caso N. 4 di gravidanza molare, che rappresenta l'unico caso a reazione dubbia; la reazione venne ripetuta varie volte, ma sempre con lo stesso risultato.

Figurano pure due casi di tubercolosi renale ulcero-caseosa in condizioni generali assai scadute e sottoposti a nefrectomia, come pure due casi di stenosi pilorica di cui uno (caso N. 10) in condizioni deplorevoli: l'intervento dimostrò trattarsi di stenosi cicatriziale semplice ed il decorso successivo ci confermò la diagnosi. Ho rivisto l'infermo dopo vari mesi dall'intervento e l'ho trovato in condizioni floridissime.

Il caso N. 9 si riferisce ad un soggetto che venne operato di una forma tumorale della regione perianale e di svuotamento del cavo inguino-crurale: l'assenza di precedenti luetici, la negatività della Wassermann, l'ingorgo inguino-crurale ci portava a pensare ad un *tumor mali moris;* però l'esame istologico delle linfoghiandole asportate ci dimostrò trattarsi di linfoadeniti di natura infiammatoria semplice.

Dovendo chiudere questa breve nota, per quanto la casistica riportata non sia molto numerosa, mi sembra di poter concludere che:

1) la reazione di Botelho, pur non essendo una reazione specifica per le forme tumorali maligne, può rappresentare un elemento diagnostico sussidiario non indifferente;

2) anche non volendo attribuire ad essa un valore assoluto, può tuttavia essere considerata come di significato molto probativo.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito la reazione di Botelho in malati di affezioni varie ottenendo la positività quasi costante della reazione nelle forme tumorali maligne; non è del parere che la reazione sia in funzione di una azotemia elevata e conclude ritenendo la Botelho un sussidio diagnostico complementare non trascurabile pur negando ad essa ogni carattere di specificità.

BIBLIOGRAFIA.

MICHELI, GANNELLI. Policlinico, Sez. prat., 1925.
PALMIERI. Rass. Int. Clin. e Terap., 1924.
PERACCHIA. *Tumori*. Anno XI, pag. 318.
CABANIS, FOULGUIR. C. R. de S. Biol., 1923.
MESSINA. Riv. di Clin. Med., anno XXIX, n. 15.
ANARDI. Studium, 1925, XV.
VIGANÒ. *Tecnica Sierologica*. Ist. Sier. Mil., 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto Chirurgico ed Ortopedico - Caltanissetta.

Gravissima sincope da narcosi superata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina.

Dott. GIUSEPPE BALLATI, direttore.

Signora S. M., di anni 33, da Caltanissetta; entra in clinica il giorno 7 dicembre 1929 per essere operata di appendicectomia a freddo. L'ultimo attacco era avvenuto nel novembre e la inferma era apirettica da più di venti giorni.

Dopo il consueto esame del torace, che nulla fece rilevare a carico degli apparati cardio-vascolare e respiratorio e dopo l'esame delle urine, che diede esito negativo, la mattina del giorno 8, in narcosi con la miscela di Schleich, si procede all'intervento operativo. Incisione di Jalaguier, eviscerazione del cieco facilmente esteriorizzabile e dell'appendice, che si presenta piuttosto lunga ed iperemica. Termoamputazione di essa alla sua base tra doppia legatura in catgut. A questo punto l'inferma ha improvvisamente un arresto del polso e del respiro, è cianotica, le pupille midriatiche. Si iniziano manovre di respirazione artificiale, trazioni ritmiche sulla lingua, si praticano le solite iniezioni eccitanti e cardiotoniche. Dato che dopo circa cinque minuti di tali manovre, persiste invariato lo stato suddescritto, si decide di procedere ad un'iniezione intracardiaca di adrenalina. Si infigge un ago da rachianestesia nel 4° spazio intercostale sinistro a due centimetri dal margine sternale sfiorando il margine superiore della cartilagine della 5ª costola. Si ha netta la sensazione della resistenza del muscolo cardiaco e della penetrazione in cavità ventricolare. L'ago infisso nel ventricolo sinistro presenta qualche debole oscillazione e dal padiglione affiora del sangue rutilante. S'inietta lentamente nella cavità ventricolare un cmc. di adrenalina all'1 per mille. Quasi subito si iniziano deboli movimenti respiratori e lo stato generale migliora progressivamente tanto da permettere di riprendere l'intervento operativo. Ma appena affondato sotto duplice piano siero-sieroso il moncone appendicolare, si ha improvvisamente una più grave ricaduta (sincope bianca): arresto del respiro e del polso, non si percepiscono i toni cardiaci, colorito cereo, labbra leggermente violacee.

Dopo rapido ed inefficace tentativo di manovre di respirazione artificiale, si decide di procedere ad una seconda iniezione intracardiaca. Questa volta l'ago infisso nel ventricolo sinistro è perfettamente immobile e dal suo padiglione non affiora alcuna goccia di sangue. Il cuore è fermo e da tutti si assiste con raccapriccio all'avvenuta disgrazia mortale, che sembra irreparabile. Si inietta lentamente un altro centimetro cubico di adrenalina e, dopo qualche secondo, l'inferma si comincia a colorire agli zigomi, si iniziano deboli movimenti respiratori e, dopo qualche secondo ancora, si riesce a percepire, alle carotidi prima ed alle radiali poi, un polso debole, frequentissimo, aritmico. Rapidamente si porta a termine l'atto operativo, si lascia l'inferma a testa bassa, si pratica una ipodermoclisi di soluzione fisiologica assistendo ad un sensibile progressivo miglioramento.

L'inferma per circa 48 ore accusò senso di oppressione al precordio, il polso si mantenne piccolo, frequente, aritmico. La mattina del 9 con una temperatura di 36°,7 si aveva una frequenza di 120 pulsazioni e 24 respiri e così la mattina del 10. Si praticarono numerose iniezioni eccitanti e cardiotoniche; durante la giornata del 10 si iniziò deciso e rapidamente progressivo il miglioramento dello stato generale ed in ispecie dell'apparato circolatorio e la mattina del giorno 11 nessun segno persisteva del grave accaduto.

L'ulteriore decorso fu normale. Si ebbe una guarigione *per primam* ed in quattordicesima giornata l'inferma venne dimessa perfettamente guarita.

L'iniezione intracardiaca di adrenalina rappresenta indubbiamente un sussidio meraviglioso nei casi di sincope da narcosi o da rachianestesia ed i successi oramai sono abbastanza numerosi ed il metodo si è largamente diffuso. Comunque ho creduto di pubblicare il mio caso, poichè, aggiunto ai precedenti casi fortunati, possa portare il suo modesto contributo affinchè il metodo venga sempre più usato con maggiore fiducia e senza esitazione. È assolutamente dannoso attendere più dell'indispensabile nella speranza che lo stato sincopale si risolva con le comuni manovre di respirazione artificiale e con le iniezioni eccitanti. Si corre pericolo che il rimedio venga usato con ritardo e le lesioni dei centri del respiro e del circolo acquistino carattere di irreparabilità.

Già nel mio caso, per quanto la prima iniezione si sia fatta non più tardi di cinque minuti dall'inizio della sincope e malgrado il cuore avesse ancora delle contrazioni, pur non di meno si ebbe un risultato transitorio e fu necessaria una seconda iniezione. È da notare poi che

i disturbi a carico dell'apparato cardio-vascolare persistettero per circa 48 ore, malgrado le numerose iniezioni eccitanti e cardiotoniche.

Tutto ciò autorizza a conchiudere che nei casi di sincopi operatorie, appena si nota l'inefficacia dei comuni rimedi, occorre senza esitazione procedere alla iniezione intracardiaca, che può essere, occorrendo, ripetuta.

Io praticai le mie due iniezioni nel ventricolo sinistro e credo che sia la sede da preferire anche se, come pare, l'efficacia di tali iniezioni è eguale sia che si pratichino nel ventricolo destro, che nel sinistro, come in pieno miocardio.

Il ventricolo sinistro è la sede da preferire anche se l'adrenalina agisca, come vuole il Gottlieb, sui centri autonomi del cuore, per lo spessore del muscolo cardiaco in corrispondenza di esso ventricolo, che rende più innocua la puntura; se il farmaco poi agisce sui centri del circolo e del respiro, secondo le vedute di Baglione, la scelta di tale sede non è da discutere, poichè il farmaco infatti verrebbe spinto attraverso le carotidi ai centri bulbari anche dopo una debole contrazione sistolica determinata dallo stimolo della puntura.

RIASSUNTO

L'A. si è occupato di un caso di gravissima sincope da narcosi superata con doppia iniezione intracardiaca di adrenalina. Le iniezioni vennero praticate nel ventricolo sinistro. Conclude dicendo della necessità, in casi simili, di ricorrere subito all'iniezione intracardiaca, per l'inefficacia del rimedio usato con ritardo.

BIBLIOGRAFIA.

MASOTTI. Policlinico, Sez. prat., 1925.
BASTIANELLI R. Acc. Sc. Med. di Roma, febbraio 1924.
TOUPET. Gaz. des Hôpitaux, 1923, fasc. 103.
PETIT-DUTAILLIS. Journal de Chir., 1923, n. 6, dicembre.
NICOLIC e POTOTSCHNIG Riforma Medica, 1924, n. 44.
E. ASTERTADES. La Presse Méd., n. 38, pag. 625, 1925.
CERVINI. Policlinico, Sez. Pratica, 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

L'escrezione dell'acqua nelle malattie epatiche.

(G. BERGMARK. XIV Congresso nordico di med. interna. *Acta med. Scand.*; Suppl. XXXIV).

Nelle malattie renali, la ricerca dell'escrezione dell'acqua è una delle più comuni e, fatta col metodo di Volhard è, dal punto di vista tecnico, quasi ideale.

L'interpetrazione dei risultati però urta contro alcune difficoltà. Il ricambio dell'acqua nell'organismo costituisce, di fatto, uno dei più complicati processi dell'organismo; esso dipende da molti fattori e l'escrezione è la risultante di diverse forze concorrenti od anche contrastanti. Si tratta, di fatto, non soltanto dei reni ma anche di quelli che Volhard ha chiamato i *prereni*, cioè degli organi che possono servire da depositi di acqua, specialmente il tessuto sottocutaneo, il fegato, i polmoni, ecc.

Dal canto loro, tali organi sono soggetti ad influenze dell'equilibrio acido-basico, ormoniche, circolatorie o nervose. E' chiaro, quindi, che in clinica non si presentino mai dei casi puri ma di quelli in cui, sulla base delle ricerche cliniche generali si possa ascrivere il disturbo ad uno od all'altro organo. Eventualmente ci dobbiamo accontentare di rilevare, in questa od in quella forma, un contemporaneo disturbo del ricambio acquoso. Che, con i disturbi di questo, si abbiano sempre anche quelli riguardanti altre sostanze, specialmente i sali, è un fatto ben noto.

Tra le forme morbose, in cui si hanno disturbi nella secrezione acquosa, sono da menzionarsi, oltre ai reni, i disturbi circolatorii, quelli della secrezione interna, le malattie organiche del sistema nervoso, come la tabe, certe anemie, specialmente la perniciosa ed anche degli stati cachettici. Oltre a queste, si osservano spesso anche in malattie di fegato.

IL FEGATO E IL RICAMBIO DELL'ACQUA.

Le nostre conoscenze sull'importanza del fegato nel ricambio dell'acqua non sono molto antiche. Nel 1901, Gilbert e Lereboullet richiamarono l'attenzione sul fatto che nella stasi portale si ha un rallentamento nella eliminazione dell'acqua, del cloro e dell'azoto, condizione a cui essi diedero il nome di opsiuria. Ma soltanto nell'ultimo decennio la questione ha destato notevole interesse. Fra le ricerche cliniche degli ultimi anni, sono da menzionarsi quelle di Adler e della sua scuola che, in una serie di malattie epatiche decorrenti con ittero, trovarono, con la prova di Volhard, un rallentamento della eliminazione dell'ac-

qua ed, insieme, dell'idremia. Inoltre, Saxl e Weiss, in casi di malattie di fegato, osservarono con l'uso del novasurol e del salyrgan una notevole diminuzione del peso corporeo che era da ascriversi alla eliminazione dell'*acqua residua* che si aveva in causa della malattia epatica.

Le ricerche sperimentali sugli animali mediante la fistola di Eck non hanno portata molta luce; ad ogni modo, però, esse concordano con le osservazioni cliniche. L'azione degli estratti di fegato è nulla negli animali normali, mentre invece in quelli con fistola di Eck rovesciata (innesto della cava nella porta) esso agiva nel senso di aumentare la diuresi dapprima diminuita.

Di maggiore importanza è il meccanismo di blocco nelle vene del fegato nelle quali, nei carnivori, esistono delle fibre muscolari circolari.

L'introduzione, *intra venam*, di peptone o di istamina induce una contrazione in tali fibre per cui viene impedito il deflusso dalle vene ed il fegato si gonfia. E' ignoto in quali condizioni cliniche entri in funzione detto meccanismo.

LE OSSERVAZIONI CLINICHE.

Gli studi dell'A. vennero fatti mediante la prova di Volhard, modificata nel senso di dare, invece di 1 litro e 1/2, un solo litro di acqua dalle 7,30 alle 8 del mattino. In condizioni normali, dopo due ore ne viene eliminata la metà e, dopo 4 ore, praticamente tutta la quantità ingerita. Il peso specifico non scende, di solito, sotto 1.002, spesso anzi, soltanto fino a 1.003. Direttamente connessa con questa prova, è quella di concentrazione, che deve arrivare fino a dare un p. s. di 1.026.

Contemporaneamente, l'A. ha anche fatto la ricerca cromodiagnostica per mezzo della bromosulfaleina (scomparsa del colore dal sangue, mezz'ora dopo l'iniezione con tolleranza del 5%) ed, eventualmente le ricerche radiodiagnostiche del caso. Il grado dell'ittero venne notato secondo la colorazione del siero col metodo di Meulengracht (quantità di siero occorrente per ottenere lo stesso colore della soluzione tipo; il N. 5 è da considerarsi normale.

I casi osservati riguardavano: epatite, colelitiasi, cirrosi epatica, neoplasma e stasi cardiaca. l'A. riferisce le osservazioni dei casi che gli sembrano più importanti.

Epatite. Una donna di 66 anni col quadro di epatite benigna, che andò aggravandosi: aumento di ittero, comparsa di tirosina nelle urine; dopo un breve periodo con ascite ed edemi, le condizioni migliorarono e la paziente guarì.

All'inizio, notevole ingrossamento del fegato, che sporgeva tre dita sotto l'arco costale: Meulengracht 11, ritenzione della bromsulfaleina 60 %; eliminazione dell'acqua, dopo 2, 4, 24 ore: cmc. 383, 648, 1198. Dieci giorni dopo, il fegato era rientrato sotto il torace, ma la prova di Meulengracht dava 91, la ritenzione della bromsulfaleina 100 %, si aveva tirosina nelle urine, la prova di eliminazione dava rispettivamente cmc. 149, 319, 919; uguali valori si avevano dopo iniezione endovenosa di NaCl.

Dopo altri 10 giorni, le condizioni generali erano migliorate, ma la prova di Meulengracht dava ancora 91, sebbene la ritenzione della bromsulfaleina fosse discesa a 35%; i valori dell'eliminazione acquosa erano: 359, 652, 1162. Circa due mesi dopo, in seguito a dieta consistente principalmente di idrati di carbonio, l'ittero retrocesse, ma comparvero edemi ed ascite; l'eliminazione dell'acqua si abbassò rispettivamente a 85, 151, 536. Con una dieta mista, invece, si rialzò a 960, 1520, 2120, mentre la Meulengracht si abbassava a 17 e la ritenzione della bromsulfaleina a 20 %.

In questo caso, si rilevò un certo parallelismo fra i disturbi dell'eliminazione acquosa e gli altri segni dell'affezione epatica; la diuresi però ha incominciato a migliorare prima della diminuzione dell'ittero.

In un altro caso, l'eliminazione acquosa migliorò nonostante esistesse un ittero di alto grado. Alla prima ricerca: Meulengracht 61, ritenzione 65-70 %, eliminazione acquosa 409, 512, 1141. Con notevole aumento dell'ittero (Meulengracht a 171) e completa ritenzione, la diuresi si alzò rispettivamente a: 722, 851, 1609.

Nel così detto *ittero catarrale benigno*, si trovò, in 5 casi, all'inizio un disturbo dell'eliminazione acquosa, che scomparve in una o poche settimane; in altri due casi, invece, la prova di eliminazione dava valori di poco abbassati.

Nei casi maligni, mortali, la prova venne fatta soltanto due volte, a causa del vomito; in entrambi, però, ritardo di eliminazione.

Nella *colelitiasi*, nonostante che mancassero ittero e ritenzione della bromsulfaleina, l'eliminazione acquosa era di molto abbassata, in connessione con gli accessi di colica; in altri casi della stessa malattia, però, i valori erano normali.

Nella *cirrosi atrofica*, ancor prima del periodo di ascite, l'eliminazione era diminuita, nella *cirrosi ipertrofica*, normale.

Nei *neoplasmi* (per lo più metastasi dallo stomaco o dalle vie biliari) si aveva fissazione dell'eliminazione ed alta concentrazione; gli stessi risultati si ottennero in altri tumori decorrenti con cachessia progressiva ed in altre malattie pure cachetizzanti, per cui essi vanno in parte attribuiti alla cachessia stessa.

Per quanto riguarda i *disturbi circolatori*, è noto da tempo che in essi si ha un abbassa-

mento della diuresi, il che viene di solito attribuito al fatto che il rene funziona male e, come si esprime un francese, il malato urina nei suoi tessuti. Ciononostante, questi malati reagiscono normalmente all'introduzione endovenosa di liquidi, il che dimostra che vi deve essere in funzione un altro meccanismo, che sarebbe appunto il fegato. Si è già fatta menzione delle fibre circolari delle vene epatiche nei carnivori, le quali potrebbero agire bloccando il sistema, per via riflessa. Quando s'introduce il liquido per via endovenosa, tal meccanismo non entra in funzione, mentre esso domina, più o meno, la situazione quando il liquido viene introdotto per via gastrica.

Koranyi ha tentato di provare che tale veduta è esatta. In casi di stasi epatica, egli collocò una sanguisuga sulla zona epatica di Head; il fegato, in conseguenza del rilasciamento del blocco venoso ottenuto per via riflessa, diminuì di volume e, contemporaneamente, si ebbe miglioramento della diuresi.

Può darsi che Koranyi abbia ragione, ma le sue illazioni sembrano fantastiche. Le osservazioni dell'A., del resto, confermano quelle di Koranyi. In un malato, l'applicazione di una sanguisuga fece risalire il limite inferiore del fegato di 2 cm. dopo un'ora; i valori dell'eliminazione acquosa che, prima dell'applicazione della sanguisuga erano: 117, 173, 596, il giorno dopo erano invece: 345, 589, 1155.

Con l'ipotesi di Koranyi, si verrebbero a spiegare quei casi di ipertonia in cui, nonostante manchino i fenomeni di scompenso, la diuresi, con la prova di Volhard, è molto ritardata, mentre ritorna normale dopo qualche giorno di riposo e di limitazione di liquidi. L'A. riporta, a tale proposito il caso di una donna di 50 anni ammessa in clinica per una lombaggine. Pressione 250/150, fegato palpabile sotto l'arco costale, nessun fenomeno di scompenso. La prima prova di eliminazione diede: 96, 173, 561. Dopo tre giorni: pressione a 175/110 e diuresi: 559, 745, 1118.

Tali casi possono realmente spiegarsi mediante il blocco venoso ed il suo rilasciamento, anche se non abbiamo nessun mezzo di dimostrare clinicamente la verità di tale asserto.

Ad ogni modo, tutti questi fatti dimostrano che, tra i fattori che dominano l'equilibrio dell'acqua nell'organismo, il fegato ha una parte importante e fin qui troppo poco considerata.

fil.

I colagoghi.

(M. Milhaud. *Journ. Méd. d. Lion*, n. 255, agosto 1930).

Per stabilire il modo d'azione dei colagoghi è necessario ricordare i metodi d'indagine sperimentale che hanno permesso di osservare tale meccanismo sul deflusso biliare.

Nel passato è stata molto usata la fistola biliare, sia permanente, sia temporanea, la quale forniva il criterio d'azione delle sostanze usate; alla fistola biliare del coledoco o della vescichetta fu sostituita la fistola duodenale; le sostanze erano somministrate a preferenza per via orale, e le ricerche erano fatte su animali, sopratutto sui cani.

E' solo recente l'esame del deflusso biliare nell'uomo mercè il sondaggio duodenale con la prova di Meltzer-Lyon. Su questa prova, che pur fornisce dei criteri di indubbio valore, molto è stato scritto e diverse sono state le critiche. Ricordiamo che si esegue facendo giungere il sondino di Einhorn fino al duodeno, si estrae allora la bile presente, che costituisce la *bile A;* si iniettano nella sonda cc. 30 di soluzione di solfato di magnesia al 30 % tiepidi, e dopo qualche minuto si estrae la bile, che è- di colorito scuro, indicata come *bile B*, di origine vescicolare; a questa segue un liquido giallo chiaro, *bile C*, o bile epatica.

Le maggiori critiche si sono riferite alla bile B, ed alla sua origine vescicolare, da alcuni negata; ma le prove sperimentali di Stepp, quelle anatomo-cliniche, e quelle radiologiche di Pribram ed altri hanno confermato l'origine vescicolare di tale bile.

Con tali metodi di ricerca, a disposizione dei clinici e dei fisiologi s'è cercato di stabilire l'azione dei diversi colagoghi, ed il loro meccanismo.

1°) *Bile.* E' un potente e costante colagogo, che esercita la sua azione direttamente con uno stimolo secretorio, come è dimostrato dall'aumento dei sali biliari, dei saponi, dei grassi.

2°) *Olii e glicerina.* E' nota l'azione dell'olio d'uliva sulla secrezione biliare; tuttavia mentre le ricerche sperimentali mettono in dubbio tale azione, il sondaggio duodenale gli riconosce un'interessante azione specialmente sulla bile vescicolare. Anche l'acido oleico e l'oleato di soda per iniezioni endovenose raddoppiano il volume della secrezione biliare. La glicerina al contrario non mostra alcun effetto sulla secrezione biliare.

3°) *Sostanze della serie aromatica.* Appartengono a questo gruppo: il salicilato di sodio, attivo colagogo, con azione sopratutto fluidificante; il benzoato di sodio e l'aspirina hanno un'azione presso a poco identica.

Una notevole azione colagoga hanno mostrato i derivati fenolchinolinici-atophan, il quale ultimo è capace di aumentare la quantità della secrezione biliare del 300 %.

Ma l'uso di tale sostanza è disgraziatamente limitato, perchè frequentemente le dosi massive o prolungate producono gravi intossicazioni, con prevalenti lesioni epatiche, fino all'atrofia gialla acuta, ed alla morte. Quindi

nei sofferenti di fegato o di reni l'atophan va usato con notevole circospezione.

4°) *Sali minerali.* Il solfato di sodio è di scarso valore come colagogo; il bicarbonato di sodio non ne possiede; il solfato di magnesia agisce aumentando il deflusso della bile B vescicolare, e della bile C, che è più fluida del normale. Il cloruro di magnesio a piccole dosi aumenta la secrezione biliare. Il calomelano, considerato nel passato come colagogo, sembra che diminuisca la secrezione biliare.

Senza prendere in esame dettagliatamente le sostanze ricordate nell'articolo, noi notiamo che il peptone ha un effetto incostante; ma l'associazione peptone-solfato di magnesia esercita un potente effetto sulla secrezione della bile B. e C.

Delle sostanze vegetali solo il boldo mostra un'azione colagoga importante, con aumento della bile C.

Lo studio di tutte queste sostanze stabilisce una distinzione sul loro modo d'agire; e così mentre alcuni facilitano il deflusso biliare, altri hanno un'azione sul fegato direttamente o per mezzo del sistema nervoso. I primi sono i veri colagoghi, gli altri invece si possono chiamare coleretici, in analogia con i diuretici. I colagoghi esercitano la loro azione stimolando la contrazione vescicolare, e quindi sono detti ad azione colecistocinetica.

Esiste poi un gruppo di sostanze che agisce fluidificando la bile, ed alcune sostanze che sembrano opporsi agli effetti colagoghi o coleretici.

Sono considerati colagoghi veri: l'olio d'uliva, l'acido oleico, il solfato di magnesia, il citrato di magnesia, il peptone, la podofillina, il combretum. Alcuni alimenti entrano in questa categoria: latte, torlo d'uovo, caffè.

Sono coleretici: bile, acido colalico, colesterina, acido oleico, olio di Haarlem, atophan, salicilato di sodio, cloruro e citrato di magnesia, boldo, rosmarino.

Sono fluidificanti: solfato di sodio, bicarbonato di sodio, benzoato e salicilato di sodio, olio d'uliva, glucosio.

Anticoleretici: calomelano, solfato di magnesia, morfina, talora adrenalina; anticolecistocinetici: calomelano, salicilato e solfato di sodio.

CARUSI

Colecistite acuta con ittero guarita mediante il drenaggio duodenale.

(HAMANT e DROUET. *Arch. mal. app. dig. et des mal. de la nutr.*, XX, 5 maggio 1930).

Il sondaggio duodenale seguito dalla prova di Meltzer-Lyon è un ottimo mezzo di esplorazione delle vie biliari; tuttavia tale metodo non è ancora applicato a sufficienza come mezzo per favorire l'escrezione biliare in alcune affezioni della cistifellea.

Chiray aveva indicato le principali affezioni in cui il drenaggio duodenale era utile: la colecistite cronica non litiasica, l'angiocolecistite cronica o subacuta, le colecistiti batteriche o parassitarie, le angiocoliti acute, le stasi vescicolari, l'ittero catarrale, l'ittero infettivo, ecc.

Gli AA. riferiscono un caso in cui fu applicato con successo tale metodo terapeutico.

Si tratta d'una donna di 58 anni, la quale fu colta da una improvvisa colica epatica, seguita da ittero, urine scure, feci acoliche, temperatura a grandi intermittenze, preceduta da brividi. Dopo un notevole miglioramento, in capo ad una ventina di giorni la colica epatica si ripetette, accompagnandosi allo stesso corteo sintomatologico, in modo più accentuato.

Diagnosticata una infezione delle vie biliari con ittero, si pensò ad un intervento chirurgico; ma le condizioni generali scadute sconsigliarono l'intervento; si ricorse allora al drenaggio duodenale con instillazione della soluzione di solfato di magnesio al 30 % secondo Meltzer-Lyon. Le condizioni migliorarono rapidamente; la temperatura cessò, l'ittero scomparve, e la paziente poteva lasciare l'ospedale dopo un mese.

Questo risultato induce ad applicare il drenaggio duodenale nei casi in cui un intervento chirurgico può essere troppo pericoloso per le condizioni del paziente, e per tentare questo mezzo innocuo e facile prima di ricorrere a interventi più radicali.

CARUSI.

PEDIATRIA.

Le linee direttive della nutrizione del lattante.

(E. STETTNER. *Deut. Med. Woch.*, n. 30-31, 1930).

L'A. ricorda come la nutrizione abbia nel lattante dei compiti speciali e assai delicati: l'accrescimento e lo sviluppo, l'acquisto di quelle capacità che si chiamano potere di difesa e immunità e, infine, l'adattamento all'ambiente esterno. A tutto questo deve, in buona parte, provvedere l'alimentazione.

Alterazioni di questa possono portare a processi di distrofia la cui gravità dipende dall'intensità del dànno cellulare e dalla possibilità o meno che questo ha di emendarsi: può così essere compromesso l'accrescimento, e si possono avere le più svariate forme di ipotrofia, di debilità e di infantilismo.

Il sistema dentario risente molto dei danni della nutrizione (cadute precoci).

La capacità di resistere alle infezioni è un'altra facoltà delle più indispensabili, per il lattante: se è vero che il feto porta con sè dall'organismo materno una buona scorta di elementi di difesa, essi vanno poi però perduti nei primi mesi di vita e devono essere ricostruiti; e occorre che l'energia necessaria a

questo processo non sia diminuita da deficienze alimentari.

Lo stesso accade per la capacità di adattamento al mondo esterno, che si verifica sotto l'azione del sistema nervoso vegetativo; ma per la buona funzione di questo è indispensabile quello stato di eutrofia che solo si ottiene con una congrua alimentazione.

L'alimento migliore è, sotto tutti i rapporti, il latte materno; i tentativi fatti per sostituirgli latte animale clinicamente modificato sono lodevoli, ma non hanno avuto i risultati più desiderabili.

Nell'alimentazione si terrà conto dei « bisogni minimi » (nei primi 3 mesi 100-120 calorie, nei secondi 3, 90-110 calorie, negli altri 6, 80-100 calorie per chilo di peso): e si ricorderà che l'acqua, i sali e le vitamine sono elementi indispensabili e non sostituibili.

Il bisogno dell'acqua da parte del neonato è di gran lunga superiore a quello dell'adulto; la scarsezza dell'acqua può spiegare da sola l'arresto o la deficienza dell'accrescimento.

Importante è la somministrazione del sale in rapporto adeguato a quella dell'acqua.

La funzione delle vitamine, e la loro indispensabilità è nota: la deficiente loro funzione si unisce, non solo alla distrofia e alla disergia, ma ad una diminuita capacità di difesa contro le infezioni.

Anche carboidrati e albumine e grassi devono essere somministrati: questi ultimi hanno particolare importanza per i loro rapporti con i processi di immunità e con le vitamine.

La regolarità nella somministrazione dell'alimento (in genere con pause di 4 ore) è un buon elemento di successo; la cura dei vestiti, la pulizia, tutte le cure accessorie vi cooperano validamente: e le tendenze, e il grado di intellettualità materna sono — sotto questo punto di vista — decisivi.

V. Serra.

La rialimentazione nelle gastro-enteriti infantili.

(C. Paisseau. *Journ. de médecine de Paris*, 12 giugno 1930).

La necessità di mettere il tubo digerente a riposo completo si ha frequentemente negli incidenti gastro-intestinali dei bambini, di cui il colera infantile è il tipo.

È soprattutto nell'allattamento artificiale che si presenta tale necessità ed è appunto in esso che i prodotti a base di latte non vanno sostituiti che progressivamente al brodo di legumi.

La composizione di questo, secondo Méry, è: patate g. 65, carote g. 65, navoni g. 25, piselli o fagioli secchi g. 25, acqua 1 litro. Mettere i legumi secchi nell'acqua fredda (in una pentola da due litri), quando incomincia la ebollizione aggiungere il resto; lasciare a piccola fiamma ed a pentola chiusa per 4 ore, salare alla fine, passare allo staccio e riportare alla quantità di un litro se è necessario. Il brodo va mantenuto in luogo fresco e per non più di 24 ore.

Si può usare il decotto vegetale di Comby: un cucchiaio rispettivamente di frumento; di granoturco; di orzo perlato, di fagioli bianchi secchi, di lenticchie, di piselli secchi in 1 litro di acqua fredda; bollire per 3 ore a piccola fiamma, aggiungere 5 grammi di sale, passare per lo staccio.

Fra i *latti modificati*, sono consigliati il kefir ed il latticello. Quest'ultimo ha l'inconveniente di trovarsi soltanto nei grandi centri ed in regioni lattifere. L'A. consiglia il seguente modo di preparazione familiare: un litro di latte si mette in recipiente di terraglia, vi si aggiunge un po' di latte inacidito o delle colture di acido lattico o del latticello del giorno precedente. Si lascia a 15°-20° per 24 ore; si screma, si sbatte per una quarantina di minuti, si passa per uno staccio, si aggiungono 2 grammi di sale per litro, si mette su piccola fiamma agitando continuamente per una ventina di minuti fino a che levi il bollore. Si lascia raffreddare e si conserva in luogo fresco (non oltre le 24 ore).

Il latticello è un alimento incompleto che non può essere continuato a lungo. Può migliorarsene il valore alimentare aggiungendovi delle farine (oltre il terzo mese di vita) in quantità da 12 a 24 grammi per litro, scaldando ed agitando continuamente; alla fine si aggiunge dello zucchero, si lascia raffreddare lentamente e si passa per lo staccio.

Il latticello è l'alimento di scelta nelle enteriti acute e nelle dispepsie; dopo la dieta idrica il suo uso a dosi progressive permette di dare al bambino un alimento quasi sufficiente nell'attesa di riprendere il latte.

Si farà il cambiamento di latte, ricorrendo anche al latte condensato, al latte in polvere, specialmente il semi-magro.

La desensibilizzazione al latte si può ottenere con le iniezioni di latte o, più semplicemente, somministrando il latte a dosi minime, di cucchiaini o meglio a gocce, che si aumentano gradatamente fino ad arrivare alla tolleranza. Il latticello, nei casi di grave intolleranza, costituisce l'alimento più utile, nell'attesa che il bambino si desensibilizzi.

L'uso di pappe permette di supplire, almeno in parte, il latte mal tollerato; utili sono le pappe maltate, ottenute, sia con le farine già diastasate o procedendo al maltosaggio con un estratto di malto.

Se il bambino è svezzato o prossimo alla svezzatura il compito del medico è facilitato; bisogna stare però attenti a non abusare di alimenti feculenti, che possono, per conto loro produrre la diarrea, sicchè l'uso troppo prolungato o l'abuso possono essere dannosi.

fil.

Il destino dei prematuri.

(O. HERZ. *Pediatria*, 15 apr. 1930).

L'A. ha preso in esame 195 prematuri. Il 36,1 % muore nel primo anno di vita; probabilmente la percentuale è più alta perchè non tutti i prematuri in osservazione poterono essere riveduti.

La mortalità è più alta nei primi giorni dopo la nascita; il trauma endocranico durante il parto è di grande importanza.

Dal lato clinico, le cause più frequenti sono la broncopolmonite e, subito dopo, gli accessi di apnea, precoci o tardivi. La craniotabe colpisce quasi tutti i prematuri; contro di essa e contro il rachitismo in genere, l'ergosterina irradiata è di indiscutibile valore.

Nei prematuri è frequente la pigmentazione brunastra della cute (deficienza di adrenalina) e non sono rare le ernie ombelicali ed inguinali. Questi bambini sono predisposti alla diatesi essudativa; nel 6 % circa si hanno, in seguito, difetti di sviluppo psichico. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Ergebnisse der gesamten Medizin, diretti da TH. BRUGSCH. Vol. XIV. In-8° di 632 pag.; con 87 fig. anche colorate e due tavole. Urban e Schwarzenberg, edd. Berlin e Wien, 1929-1930. Prezzo RM. 30.

In queste due puntate degli « Ergebnisse » sono raccolte le seguenti monografie: Il pronto soccorso negli infortuni e negli avvelenamenti (O. Bruns e K. Thiel); La funzione disintossicatrice del fegato (H. Horsters); Il climaterio (R. Th. v. Jaschke); L'epilessia ed i sintomi epilettici (H. W. Grühle); Il morbillo (B. de Rudder); Il significato del reperto oculare in neurologia (L. Schreiber); La ptosi intestinale (J. Petermanns); La fisiologia e patologia del corpo pineale (W. Berblinger); La climatoterapia del morbo di Basedow (M. Guhr); La morte da affezioni cardiache (H. Beitzke); L'importanza pratica della vitamina D (E. Homann); Il morbo di Bang (K. Poppe); L'asma bronchiale e le malattie allergiche (R. Blum); La lebbra (G. Olpp); Le malattie della colonna vertebrale (G. Magnus); La terapia della gonorrea (R. Habermann e G. Hopf); Il reumatismo articolare (G. Enke); L'intossicazione da ossido di carbonio (S. Litzner); Il ferro come mezzo terapeutico (E. Starkenstein); La guarigione difettosa della paralisi generale (K. Pönitz).

Tutti argomenti del massimo interesse per il medico, ampiamente ed esaurientemente trattati, sicchè dalla lettura di queste monografie si può avere un'idea precisa dello stato attuale delle nostre conoscenze al riguardo. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Leçons du dimanche. - Deuxième série. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. Lib. J. B. Baillière et fils. Paris, 1930, fig. 31, pag. 260.

Raccolta di conferenze tenute sotto la direzione del prof. Carnot, nella Clinica dell'Hôtel-Dieu, conferenze riguardanti argomenti di attualità trattati da Autori noti per la loro competenza nelle singole questioni. Questa seconda serie contiene undici conferenze tra le quali notiamo quella del Carnot sugli « eccitanti umorali della proliferazione cellulare », del Portier sulle vitamine, del Villaret sull'acetilcolina, sulla fisiologia della milza, del Binet; sul cloruro di sodio nelle nefriti, del Rathery; sulla cura della tbc. con l'antigene metilico, dell'Halbron; sui nuovi ipnotici, del Tiffeneau, ecc.

MONTELEONE.

MOLINARI SILVIO. *Piccolo codice antitubercolare.* Edit. Tip. G. Pirola, Milano. L. 15.

Leggi fondamentali sui Consorzi antitubercolari, sull'Assicurazione contro la tbc., disposizioni ministeriali, circolari esplicative, norme emanate dall'Opera di Maternità ed Infanzia contro la tbc., hanno creato un'ampia Legislazione antitubercolare la cui conoscenza è indispensabile ai medici, agli Enti pubblici e privati, ecc. La consultazione di siffatte disposizioni finora malegevole essendo esse sparse in Bollettini, in Periodici scientifici e non scientifici, in Periodici di categoria, viene oltremodo facilitata ora nella pubblicazione del Manuale del Molinari, pubblicazione completa ed aggiornata.

L'indirizzo pratico dato al volume, lo fa costituire veramente il *vade mecum* indispensabile per l'organizzazione e l'espletamento dei servizi inerenti alla lotta antitubercolare. Il costo minimo ne garantisce la diffusione.

MONTELEONE.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXVI Congresso di Medicina Interna.

14 ottobre (ore 15).

Seduta in comune col XXXVII Congresso di Chirurgia.

Presidenti: Proff. ALESSANDRI e MARAGLIANO.

(*Continuazione, vedi num. precedente*).

Comunicazioni inerenti al tema di Relazione.

NICOLICH G. (Trieste). — *Contributo al problema delle nefriti ematuriche e delle ematurie essenziali.* — La gran parte di queste è dovuta a glomerulo-nefriti a focolai di origine batterica o embolica; alcune a forme diffuse, a sclerosi renali. In alcuni casi non si trovano lesioni, forse l'ematuria è dovuta ad alterazioni circolatorie, ad alterazioni delle pareti dei capillari delle capsule di Bowmann. Il problema diagnostico è difficile, l'intervento di scelta è la decapsulazione.

JURA V. (Roma). — *L'ematuria colibacillare.* — Nove casi di ematuria colibacillare. Quasi sempre vi erano stati dolori, febbre, piuria, l'ematuria 2 volte era microscopica, 7 volte macroscopica; 2 volte si trattava di nefrite embolica, 1 volta di nefropielite, in 4 casi di pielite e in 2 di nefrite ematurica. Sempre fu isolato il coli, 3 volte l'emolitico, 3 volte il non emolitico. Al tipo appartengono i casi di emorragia totale gravissima.

D'AGATA G. (Messina). — *Su alcuni casi di ematuria renale.* — Descrive un caso di ematuria in una sindrome trombocitopenica da cancro della prostata con carcinosi ossea diffusa. L'esame cistoscopico dimostrò l'ematuria renale bilaterale.

BLOCH G. (Padova). — *Su alcuni casi di ematurie renali di origine oscura.* — Dieci casi di ematuria di origine oscura, di cui 5 operati. L'O. insiste sulla necessità di applicare le comuni cure antiemorragiche e successivamente, in casi di insuccesso, le cure chirurgiche.

RINALDI R. (Novara). — *L'ematuria nell'infanzia.* — Accenna, nella ematuria di origine renale nell'infanzia, alla differenza fra le cause di ematuria nei bambini e negli adulti facendo rilevare che l'ematuria in questo periodo della vita è rara soltanto apparentemente.

NISIO (Bari). — *Ematuria da rene mobile.* — Ha osservato un caso di ematuria in rene ptosico In una donna una ematuria imponente dapprima interpretata come dovuta a tumore; diagnosi riconosciuta erronea da pielografia. Esisteva una ptosi renale di III grado. Negative le altre ricerche; causa dell'ematuria la ptosi.

GAETA G. (Roma). — *Sulle ematurie così dette essenziali.* — Donna di 19 anni con ematuria ripetuta e imponente. Negativi tutti gli esami. Nefrectomia, guarigione. L'esame del rene dimostrò l'origine dell'emorragia da un'arteria peripiramidale. Istologicamente si dimostrò una lesione tubercolare, che da una piramide si era diffusa alle tuniche vasali. Le ematurie gravi sono rarissime, contrariamente a quanto avviene nella tubercolosi polmonare, dove il fenomeno trombosi non avviene di frequente come nel rene nelle tubercolosi distruttive.

Discussione della Relazione.

ROLANDO (Genova). — Ha osservato frequenti ematurie in prostatici che ha potuto dominare solo con la cistostomia. Ha osservato anche emorragia in vesciche aperte che, dovute a congestioni prostatiche, durano pochi giorni e cessano con piccoli compensi anche senza l'allontanamento della sonda drenante. In questi casi la patogenesi del decubito, affermata dal Relatore, passa in seconda linea.

LUSENA (Genova). — Due casi di infarto renale non micotico con ematuria renale; trovò in tutti e due i casi infarti recenti. Nel primo caso c'era una sintomatologia di tumore, nel secondo di tubercolosi.

DONATI (Torino). — Il relatore FERRATA ha portato il problema dal punto di vista etiologico, anche nel caso in cui è sintomo predominante o iniziale o unico; in questi casi l'ematuria assume un carattere così predominante per cui deve sorgere l'idea di un provvedimento per cui è urgente la diagnosi. Deve crearsi quella coscienza che valga a dare una importanza non soltanto all'ematuria che continua ma anche a quelle sporadiche, spesso sintomo di malattie molto importanti. Così le ematurie in emofilici e trombopenici; ne ha osservato dei casi. In un caso occorsogli ha visto dei diverticoli vescicali farsi sorgente dell'ematuria da emofilia. Molto importanti sono le ematurie della tubercolosi. Il capitolo della ematuria essenziale tende a restringersi, come anche per i casi da rene mobile; in un caso così diagnosticato ha trovato un piccolissimo ipernefroma. Anche lesioni istologiche, forme particolari di tubercolosi renali subdole hanno una sintomatologia emorragica. In calcolosi senza disturbi non crede indicato l'intervento. I risultati della litotomia sono buoni, non ha osservato mai una recidiva. Se questa avvenisse anche dopo 10-15 anni si sarebbe sempre guadagnato del tempo.

MAROGNA (Sassari). — Ematurie esclusive, in cui non esiste che l'ematuria senza nessun sintomo che aiuti alla diagnosi: il problema è complesso di fronte a questo punto oscuro; mai nei casi a sintomatologia facile. In calcolosi non visibili ai Raggi X come è possibile fare diagnosi di ematuria da calcolosi? Così per i tumori e la tubercolosi renale iniziale. L'ematuria essenziale è una ematuria di cui ignoriamo la causa. In un caso di ematuria imponente solo dopo lunghissime ricerche è riuscito a trovare un bacillo. La maggior parte delle ematurie essenziali sono tubercolari; non ha visto ematurie da rene mobile. Ha avuto un infarto renale da morbo di Buerger. Insiste nella necessità di aggredire precocemente la tubercolosi renale.

TADDEI (Pisa). — Occorre operare precocemente ogni rene calcoloso; se i calcolosi fossero mandati presto basterebbero forse solo operazioni conservative, mai nefrectomie. Così le calcolosi ureterali in primo tempo possono essere trattate endocistoscopicamente. La calcolosi dell'infanzia è forse da riferirsi all'infarto unico dei neonati, in questi casi non c'è mai nessuna recidiva. Non crede nell'effetto e nell'efficacia della decapsulazione, la cui azione è paragonabile a quella di altri mezzi molto più semplici. Non approva la cura con sonda nella emorragia vescicale dei prostatici e del cancro. La sonda funziona male, per tale ragione preferisce l'epicistostomia. Conclude affermando: Quando trovate un ematurico inviatelo a un chirurgo per studiare assieme a lui l'ammalato.

ALESSANDRI R. (Roma). — Spera che le idee di FERRATA sulle indicazioni operatorie sieno condivise dagli altri colleghi medici. Oggi non si può ammettere l'ignoranza su alcuni dati di fatto: la tubercolosi, la calcolosi, il tumore. In questi casi l'intervento deve essere fatto presto, perchè poi la cura chirurgica non è più radicale. In una calcolosi con un sintomo grave come l'ematuria, l'intervento si impone. Un calcolo nell'uretere con o senza ematuria impone l'intervento d'urgenza. Se c'è una pionefrosi, occorre sacrificare il rene, ma poichè il fattore diatesico non crede si possa negare, si può vedere qualche volta dopo qualche tempo un calcolo nell'altro rene. Bisogna non arrivare a questi stadi. Occorre operare anche nei casi di calcolo senza sintomi, perchè di solito se c'è un calcolo presto o tardi il rene si infetta, e allora occorre portare via il rene. L'ematuria è una sindrome così importante che su di essa è bene avere un indirizzo. Occorre distinguere le emorragie delle parti basse, eminentemente chirurgiche, per lo più di facile diagnosi: in questi casi il malato ha da essere inviato al chirurgo. Vi sono d'altra parte ematurie nettamente mediche (da tonsillite, da nefrite bilaterale, da emofilia). L'O. ha osservato ematurie da rene mobile nemmeno molto rare, specie in casi di vasi anormali associati a lieve pielectasia.

Nei casi di tubercolosi come si può fare una diagnosi precoce? Spesso i sintomi sono incerti e il reperto negativo. L'O. ha avuto buon esito dalla reazione di focolaio, cui può seguire dolore e reperto positivo di bacilli nell'orina, spesso dà la possibilità di una diagnosi precoce. Per i tumori con la pielografia (meglio l'ascendente) e il pneumorene si può mettere in evidenza una deformazione dei calici, una irregolarità del contorno renale. C'è da accennare alla possibilità e utilità dell'intervento in casi molto gravi di nefrite ematurica p. es. da scarlattina; in questi casi è stato tentato lo scapsulamento che ha dato talora buoni risultati. L'O. non ha esperienza personale in proposito, ma si augura che si allarghino i tentativi di questo tipo, come ha accennato il Ferrata.

ROSSI B. (Milano). — Crede anche egli alla necessità di operare sempre i calcoli precocemente anche se asintomatici. Alcuni calcoli si formano dopo contusioni renali, e ne riporta casi molto illustrativi. Ematuria in appendicitici: talvolta sono errori diagnostici con coliche renali, perciò in casi di appendicite a freddo con sintomatologia non precisa occorre una radiografia del rene e dell'uretere.

PRETI L. (Parma). — Non ha potuto seguire la relazione del prof. Lasio perchè la voce del relatore non è pervenuta fino a lui, ma certo deve essere interessante data la competenza sua. Il relatore Ferrata è stato come sempre brillante, ma forse devono essere rimasti più soddisfatti i chirurghi dei medici perchè il Ferrata si è occupato più largamente delle ematurie, che traggono la loro origine in cause insite nel rene stesso, ed ha dato poco posto alle ematurie che interessano maggiormente i medici e precisamente le ematurie dovute a focolai infettivi a distanza del rene.

In queste forme il compito essenziale del medico è quello di trovare il punto focale. Gli organi più interessati al riguardo sono le tonsille dopo che esse ammalarono di forma acuta. La tonsillite acuta può clinicamente guarire ma nella maggior parte dei casi la guarigione è soltanto apparente in quanto che persistono nella compagine delle tonsille i germi, che cause banali possono rendere virulenti. Ma non sono soltanto le tonsilliti croniche, che possono provocare l'ematuria, anche i processi infiammatori dei denti, gli apparecchi di protesi dei medesimi, le rinofaringiti ecc.

Le ematurie così prodottesi non sono gran che influenzate nè dai regimi dietetici, nè da cure medicamentose, nè dalla scapsulazione dei reni. Occorre demolire il focolaio infettivo: se questo è nelle tonsille si deve praticare l'enucleazione, la semplice tonsillotomia non basta; se nei denti o nelle protesi bisogna asportali. Tante volte questa cura demolitrice non basta specialmente quando sono in preda a flogosi anche i gangli linfatici, che sono numerosi in faringe. In questa evenienza dopo la cura cruenta si può praticare l'antivaccinoterapia, che deve farsi, almeno per le prime volte per via intradermica per non provocare reazioni di focolai nei reni ed aggravare l'ematuria.

CESA-BIANCHI D. (Milano). — Fa notare come talvolta l'ematuria ci si possa presentare coi caratteri abituali delle ematurie dei neoplasmi renali in genere e degli ipernefromi in specie — e cioè, con ematuria totale, senza sintomi premonitori, a lunghe intermittenze, talora anche con coaguli a stampo —, senza che esista blastoma alcuno, mentre sono invece presenti altre affezioni del rene: in prima linea la tubercolosi e la calcolosi renale.

In siffatte contingenze, non tanto rare a presentarsi nella pratica, i caratteri delle ematurie possono trarre facilmente in inganno, specialmente se mancano gli altri segni urinari e clinici di questa affezione, e la diagnosi di conseguenza presentarsi assai difficile.

Il problema diagnostico può facilmente essere chiarito nella maggior parte di questi casi, ricorrendo alla esplorazione funzionale del rene, con uno dei tanti procedimenti che sono oggi a nostra disposizione, in quanto che la funzionalità dell'organo, più o meno compromessa nella calcolosi e più ancora nella tubercolosi renale, è

invece quasi sempre risparmiata nei blastomi del rene e specialmente negli ipernefromi.

L'O. è del parere che nelle relazioni si sia dato eccessivo sviluppo alla trattazione delle ematurie per così dire chirurgiche (tumori, tubercolosi, calcolosi del rene) in confronto di quella d'ordine più strettamente medico e nelle quali la causa prima dell'ematuria va spesse volte cercata alla infezione del rene; ematurie specialmente interessanti per la loro genesi spesso oscura e per il loro trattamento tanto spesso inefficace.

Non condivide la opinione del relatore medico eccessivamente interventista in tema di calcolosi del rene, ma sopratutto non condivide la sua opinione sulla opportunità dell'intervento chirurgico, con la scapsulazione, in glomerulonefriti diffuse anche subacute e neppure nel così detto rene scarlattinoso. Personalmente ricorda d'aver fatto operare, parecchi anni or sono, molti casi di nefriti ematuriche senza vantaggio alcuno e talora forse e non sempre pel fenomeno ematurico. Ma non è certo questo fenomeno quello che abitualmente più importa nel quadro ben più complesso della glomerulo-nefrite, al quale tutto l'organismo o quasi e non il solo rene partecipa. Che importa quindi diminuire con lo scapsulamento la congestione del parenchima renale quando il fattore infettivo — abitualmente lo streptococco — che è alla base della grande maggioranza di questa forma, continua indisturbato la sua azione dannosa. In siffatti casi piuttosto, quando è possibile stabilire il focolaio settico, abitualmente mite in se stesso ed a decorso subdolo, meglio di gran lunga vale la sua sterilizzazione, ogni qual volta, s'intende, può essere praticata.

Ma su questo l'O. sorvola, perchè già se ne è occupato Preti, per aggiungere qualche parola invece sulle glomerulonefriti a focolai o nelle emboliche. Queste nella loro forma suppurativa (nefrite apostematosa) sono di spettanza chirurgica in quanto sono nettamente giustificabili dalla nefrectomia e forse anche — a quanto si afferma — dal semplice scapsulamento con o senza ignipuntura dei focolai. A nulla invece può servire il trattamento chirurgico nella forma non suppurativa, legata a stati setticemici cronici, di cui è esponente classico la glomerulonefrite embolica a focolai dell'endocardite lenta.

A questo proposito l'O. è del parere che in tema di ematuria meritino di essere ricordate le ematurie che con tanta frequenza accompagnano l'endocardite lenta, malattia tutt'altro che rara e che in nessun caso mai perdona.

Il rene difatti, dopo il cuore, è l'organo più gravemente colpito nell'endocardite lenta in quasi tre quarti dei casi.

Il quadro anatomico della lesione renale può variare da caso a caso, dal rene cardiaco all'infarto renale non suppurato, alla glomerulonefrite diffusa fino alla più frequente glomerulonefrite embolica o focolai; ma in ogni caso è accompagnato da ematuria. Non soltanto i caratteri dell'ematuria variano a seconda della lesione renale che la sostengono, così che dalla ematuria modesta e tardiva del rene cardiaco, si arriva alla ematuria copiosa, subitanea e a lunghi intervalli dell'infarto renale, alla ematuria copiosa insistente, con sintomi urinari e renali della rara glomerulonefrite diffusa, sia alla ematuria discreta insistente con segni urinari e senza sintomi, di insufficienza renale della frequentissima glomerulonefrite embolica a focolai.

Il fenomeno ematuria quindi non è soltanto molto frequente nell'endocardite lenta, ma coi suoi caratteri variabili può permettere di affermare il tipo della lesione renale; per di più ha importanza prognostica a seconda della coesistenza o meno di compromissione dell'organo e talvolta anche diagnostica per la frequente presenza nelle urine del germe specifico o quasi (*strept. viridans*), talora anche quando le emoculture sono sicuramente negative.

ARCANGELI U. (Roma). — Conviene col prof. Ferrata sulla necessità di pensare in prima linea alla tubercolosi in caso di ematurie in apparenza spontanee: ricorda l'opportunità di esaminare bene il polmone e ricercare lo stato delle glandole ascellari indizio frequente di tubercolosi dell'ilo del polmone.

Non ha mai potuto assicurarsi che vi siano emorragie renali per rottura di arterie ateromasiche e con lesioni sifilitiche, come si possono osservare emorragie per alterazioni delle arterie dello stomaco e dell'intestino per tali alterazioni. Nelle nefriti emorragiche, nel tifo e nelle tonsilliti con febbre è ottima l'idroterapia fredda ed il vaccino, meglio l'autovaccino: dal 1909 l'O. ha consigliato la vaccinazione e dal 1916 la tonsillectomia.

Non ha mai consigliato lo scapsulamento. Ha veduto delle ematurie spontanee in sifilitici, guarite con la cura specifica e recidivanti qualche tempo dopo sospesa la cura. Alcuni di questi malati da lui in osservazione da molti anni non hanno dimostrato segni di alterazioni diffuse dei reni, di tubercolosi o di tumori.

Risposte dei Relatori.

A. FERRATA (Pavia). — Risponde accennando alla propria convinzione che la discussione si sarebbe svolta, in modo assai più aggressivo e sostanziale. La gran parte delle obiezioni sono state invece di lieve importanza. Risponde prima ai colleghi medici. Il contributo del PRETI è prezioso per alcuni particolari generi di ematuria, specie di origine orale e faringea. Ricorda che nella propria relazione ha tenuto conto anche di questo punto discusso dal Preti. Ammette le lacune lamentate dal Cesa Bianchi, ma esse sono state volute, perchè il R. ha ritenuto di dover trattare sopratutto quelle sindromi che lasciano dubbi sui provvedimenti, se medici o chirurgici. Il caso della endocardite lenta, quindi, citato da Cesa Bianchi, ritiene esulare dal proprio compito. Di tali lacune ve ne sono certo tante altre. Molti altri oratori hanno trattato numerosi altri temi, e non può rispondere a tutti quanti, tanto più che contrasti veri non ve ne sono stati. Insiste sulla difficoltà diagnostica che spesso si ha nella calcolosi; quanto alla cura, ritiene pacifico l'intervento nei casi di complicanza; ma piuttosto si pone il problema se occorra operare la calcolosi prima che divenga complicata, quando è asettica, quando non dà anuria, ecc. I mezzi diagnostici oggi sono così evoluti, che la diagnosi può essere molto precoce, e mettere quindi in questione l'intervento pre-

coce. L'O. ritiene ingiustificato l'assenteismo operatorio di numerosi medici. La diagnosi precoce della tubercolosi renale è senza dubbio di vitale importanza, ma in alcuni casi di alterazioni molto iniziali, forse a carattere tossico, si è ancora disarmati in fatto di diagnosi e confida nei mezzi più fini, tra i quali quello consigliato dal prof. Alessandri. Ammette col Cesa Bianchi che la ricerca della funzionalità renale debba aver grande importanza. In sostanza, si deve approfondire la ricerca, esaurire la « istruttoria ». Ecco la spiegazione di molti casi operati con ematuria essenziale e riconosciuti come tubercolosi renale. Tutti i mezzi devono essere messi in opera.

Sulle forme tumorali il consenso è unanime e accoglie volentieri il suggerimento dato dal prof. Alessandri di usare il procedimento del pneumorene, sul quale non ha esperienza personale, ma confida possa essere un mezzo prezioso.

Ricorda il Nicolich con vivo piacere su quanto ha detto sulle ematurie essenziali. Quasi tutti le hanno più o meno demolite; in fatto di cura ha sentito opinioni assai controverse; chi sostiene buoni effetti medici, e chi chirurgici. Ritiene pacifico che le ematurie essenziali siano quasi sempre espressioni di alterazioni anatomiche. Il prof. Taddei ha dimostrato che alcune di queste forme sono delle pieliti. Ammette che nella forma da *coli* una medicazione medica e non chirurgica possa talora bastare. Rileva anche la importanza del caso del D'Agata, complesso e dovuto ad una forma di diatesi emorragica in corso di metastasi ossee tumorali. Accetta con riserva quanto il Rinaldi ha detto a proposito di ematurie in corso di endocarditi, date come guarite, nelle quali il viridans non fu però dimostrato. Si associa al Marogna sulla difficoltà diagnostica delle forme tubercolari.

Da ultimo, lamenta essergli mancato il favore degli internisti, sul tema della diatesi; nelle forme calcolari i chirurghi parte sono con lui. In ogni modo vuol precisare che non intende escludere il fattore costituzionale, ma ritiene vi siano non pochi casi nei quali il fattore in discussione non si riesce a vederlo e trovarlo.

Sull'intervento chirurgico nelle tubercolosi, vuol toccare ancora le forme ricordate dal Marogna, forme miliari unilaterali. Ma nelle forme bilaterali che cosa si fa? I chirurgi in maggior numero non operano; ma al fine di prolungare la vita anche di poco ai pazienti con forme bilaterali, crede che la possibilità che un rene sia meno leso dell'altro, conceda di tentare l'asportazione del rene più malato; questo almeno in alcuni casi. In un caso operato dal Lasio l'O. ha avuto esito favorevole, nel senso diaver prolungato, sia pure di poco, la vita di una paziente, e avere attenuato i fenomeni di maggiore gravità, sia pure temporaneamente.

Conclude, ringraziando gli altri oratori delle cortesi parole avute a suo riguardo.

LASIO (Milano) (Risp.). — Ringrazia i colleghi per le lodi fatte alla sua relazione. A proposito dell'ematuria nei prostatici conferma quanto aveva affermato, essere cioè sufficente il cateterismo a permanenza. In un numero notevolissimo di casi ha ottenuto sempre il risultato desiderato con questo metodo. È necessaria però una accuratissima sorveglianza del malato per impedire che la sonda si ostruisca con i coaguli.

È anche egli fautore dell'intervento precoce nella calcolosi asintomatica del rene e dell'uretere. Per quanto riguarda una diagnosi esatta nell'ematuria ribadisce l'importanza di una indagine urologica precisa e completa.

Seduta antimeridiana (15 ottobre, ore 10).

Presidenza: ZOIA, GIUFFRÈ, CASTELLINO.

L'edema polmonare acuto.

Prof. C. FRUGONI (Padova).

Conclusioni.

L'edema polmonare acuto è una sindrome accessionale acuta caratterizzata da brusco passaggio di liquido albuminoso (e di elementi figurati) dai vasi agli alveoli polmonari, il che avviene con dispnea, più o meno soffocativa, tosse, tipico escreato, ecc.; sindrome che anche può essere rapidamente mortale e dovuta a molteplici fattori in ispecie nervosi, umorali, chimici, fisico-chimici e meccanici, agenti in vario modo e intreccio e con meccanismo complesso.

Nei loro rapporti con l'e. p. a. sono utili particolari conoscenze di anatomia e fisiologia del polmone. Va ricordato che la parete dell'alveolo polmonare è essenzialmente costituita dalla rete capillare e da una trama delicata di connettivo reticolare, anse e connettivo essendo comuni a due alveoli contigui nei setti interalveolari per la fusione delle pareti e che fibre nervose amieliniche sono state recentemente dimostrate a ridosso dei capillari alveolari.

Per la fisiologia è opportuno considerare:

che essendo il piccolo circolo inserito fra cuore destro e sinistro, il polmone è l'organo che più di ogni altro risente le conseguenze di variazioni funzionali del cuore;

che arteriole e vene polmonari reagiscono prontamente a sostanze agenti sui muscoli lisci, ma che vasi maggiori e capillari del polmone sono controllati e regolati nelle loro funzioni dal sistema nervoso;

che normalmente vi è eliminazione di acqua attraverso la parete alveolare;

che molte delle sostanze portate dal sangue vengono arrestate, fissate e trasformate dal polmone che svolge su di esse numerosi e complessi processi chimici.

Per le modalità di formazione e di aspetto delle lesioni anatomopatologiche dell'e. p. a. distinguono tre fasi: congestione, trasudazione, diapedesin.

L'e. p. a. può presentarsi generale e, benchè raramente, parziale: fu anche distinto in e. p. a. interstiziale puro (raro), alveolare puro (ancora più raro, se pure esiste) e misto — interstiziale e alveolare — che è di gran lunga il più comune: ma forse è meglio dal punto di vista anatomopatologico distinguere tre forme di e. p. a.: meccanico (e angioparalitico); infettivo (e flogistico); e tossico (esogeno ed endogeno). Ma anche questa classificazione, come ogni altra in materia, è da considerarsi incompleta ed artifi-

ciale. Tuttavia esistono alcuni caratteri differenziali: infatti nei riguardi della partecipazione del parenchima, esso è scarsamente leso nella forma meccanica e ancor meno nell'angioparalitica, lo è non poco nella flogistica e può essere in alto grado compromesso in talune forme tossiche (esogene, da gas asfissianti, ad es.); e nei riguardi del liquido, questo è relativamente povero di albumina e di elementi morfologici nell'e. p. a. meccanico e angioparalitico, e guadagna di contenuto albuminoso e cellulare nelle forme flogistico-infettive e in alcune almeno delle tossiche.

Per l'eziologia, abbandonate le varie classificazioni basate su concetti patogenetici, perchè troppo complesse, imprecise o sopratutto variabili, va seguito un criterio puramente clinico e descrittivo, esponendo le forme e condizioni morbose più comuni nelle quali l'e. p. a. può costituirsi.

Circa l'e. p. a. infettivo, eliminato il cosidetto e. p. a. infettato e fatte debite riserve sull'e. p. a. infettivo autonomo, non resta che l'e. p. a. infettivo satellite o secondario: esso figura come una complicazione e si dispone in genere come un più o meno vasto alone edematoso attorno al focolaio polmonare infiammatorio che ingrandisce e maschera, rendendo così difficile l'apprezzamento e facili gli errori.

E. p. a. in vizi vascolari. Tutte le valvulopatie — semplici, doppie e combinate — possono dare e. p. a., non esclusa la stenosi mitralica. Una speciale importanza va data, per l'alta percentuale con cui vi figura l'e. p. a., all'insufficienza aortica e ciò per la frequenza di fattori concorrenti sia locali (aortite, periaortite, ecc.) che generali (infezioni, complicanze renali, perturbazioni tensive, ecc.).

Tutte le malattie del miocardio e pericardio possono portare all'e. p. a. ma specialmente le miocarditi le coronariti — d'onde i vari intrecci tra e. p. a., angor pectoris — e infarto del miocardio.

Anche le pericarditi nelle loro varie forme sono fra le cause non rare, ma tuttavia spesso indiagnosticate e nascoste, di e. p. a.

Nelle malattie dell'aorta e dell'arteria polmonare figura frequente l'e. p. a. e più particolarmente nell'aortite luetica evolutiva, specie se ectasiante o intrecciata con angor e con ipertensione.

Per la circolazione polmonare può ricordarsi l'e. p. a. da embolia grassa.

Fra le malattie renali tutte le nefriti propriamente dette danno e. p. a. ma con particolare frequenza la nefrosclerosi maligna a grande ipertensione e specie quando la sclerosi cardio-renale si avvii o giunga alla fase di insufficienza cardio-renale. Le nefriti idropigene danno e. p. a. solo ben raramente, le nefrosi solo eccezionalissimamente e trattasi allora delle cosiddette nefrosi con screzio nefritico.

Sembra che oltre alla grande ipertensione sintomatica e satellite di nefro-artero-sclerosi debba considerarsi, agli effetti di possibile e. p. a., anche la cosiddetta ipertensione solitaria permanente la cui individualità nosografica per altro attende ancora precisa delimitazione.

Per gli squilibri dinamici toraco-addominali, a parte i rari casi di e. p. a. da svuotamento di utero gravido o di ascite voluminosa, si tratta in genere del cosiddetto e. p. a. *ex-vacuo* da toracentesi semplice quale specialmente può osservarsi in pleuriti essudative abbondanti di vecchia data con svuotamento totale e troppo brusco. Alla produzione di questa speciale forma di e. p. a. concorrono spesso però complicanze cardiache (specie pericarditiche), polmonari e mediastiniche (sclerosi, fissazione, ecc.). Comunque la pneumotoracentesi (Forlanini) quasi senza eccezione previene la speciale complicazione e quindi *anche* per questo dovrebbe sempre essere la tecnica preferita.

E. p. a. anche può aversi per stenosi laringotracheale e più ancora per rimozione brusca di ostacolo (ad es. asportazione di gozzo voluminoso).

Fra gli e. p. a. tossici si distinguono gli endogeni, che nella massima parte dei casi rientrano nelle forme di origine renale, e gli esogeni. Di questi, parte dipende da molteplici sostanze in vario modo e via introdotte (terapeuticamente, sperimentalmente o in natura), parte comprende l'e. p. a. da gas asfissianti, parte infine le forme da introduzione in trachea di soluzioni ipertoniche varie (in natura o sperimentalmente).

Per quanto riguarda l'e. p. a. in forme anafilattiche e anafilattoidi vi sono note alcune osservazioni sperimentali e pochi casi clinici: è capitolo da considerarsi ancora in piena elaborazione.

L'e. p. a. nelle lesioni e malattie del sistema nervoso comprende particolarmente l'e. p. a. tardivo a seguito di gravi ferite e traumi al capo, che avrebbe interesse, oltre che clinico anche medico-legale, quello degli epilettici, tetanici, ecc. e di altre forme morbose: viene riferita una interessante casistica personale fra cui un caso di e. p. a. da emorragia subaracnoidea. Possono infine esser ricordate le forme di e. p. a. in gravidanza e puerperio, in soggetti apparentemente sani (?) a seguito di traumi fisici e psichici; l'e. p. a. di cachettici, e l'e. p. a. terminale.

Il classico attacco di e. p. a. ha talora sintomi premonitori (prodromi dell'e. p. a.).

La sintomatologia della crisi si svolge nelle sue linee generali secondo i classici schemi.

Le numerose osservazioni e considerazioni relative alla sintomatologia, nella relazione in dettaglio esposte e discusse, non si prestano a conclusioni riassuntive, onde si rimanda al testo, solo qui accennando a qualche punto controverso.

La dispnea non è sempre necessariamente proporzionale al flusso sieroso e tanto meno alla quantità di escreato emesso e talora neanche alla gravità dell'attacco. I sintomi diretti dimostrano che, benchè rarissimamente, l'e. p. a. può fare eccezione alla regola di essere diffuso, bilaterale, ascendente (casi di edema unilaterale e parcellare).

Astrazion fatta per l'e. p. a. dei cardiopatici in genere e per quello da infarto del miocardio in ispecie, abitualmente il polso è nell'e. p. a. sostenuto, spesso iperteso e talora anche più iperteso che di norma; comunque esso non denuncia quella insufficienza acuta ventricolare sinistra che è in genere affermata presente e causale dell'e. p. a.

Fra le cause della non rara febbre postaccessionale, oltre alle eventuali note complicanze re-

spiratorie e circolatorie, va considerata la possibilità di peculiare reazione al brusco riassorbimento (o autoreinoculazione) che talora si ha di liquido albuminoso resosi eterogeneo.

L'elettrocardiogramma dell'uomo in accesso di e. p. a. (l'unico — crediamo — della letteratura) ci ha dato risultati che possono essere ravvicinati a quelli pure nella mia Clinica ottenuti (Pasoli) nell'edema p. a. sperimentale da adrenalina e cioè variazioni della prevalenza ventricolare, frequente bifidismo del complesso 2 R. S. e talvolta allungamento del tempo di conduzione. (Per le proprietà chimiche, fisico-chimiche e biologiche del sangue e dell'escreato vien detto più avanti).

In base al criterio di durata e gravità si possono distinguere una forma acutissima, una forma acuta — corrispondente all'e. p. a. delle classiche descrizioni —, una forma protratta e una forma attenuata o abortiva, che può giungere fino ai piccoli edemi di allarme, agli equivalenti e alle forme minori (vedi testo).

Secondo l'evoluzione si possono differenziare una forma isolata per episodio di e. p. a. rimasto unico, una forma ricorrente, una forma subentrante e forme miste e complicate.

In base al quadro clinico offerto invece si possono distinguere la forma broncoplegica, la collassante, la dolorosa, la idrorroica, l'emorragica e la forma secca, mentre nei riguardi dell'estensione del processo si differenziano una forma generalizzata, una forma unilaterale e una parziale o localizzata.

Complicanze le più diverse possono associarsi e conseguire (vedi testo) in quelle forme di e. p. a. nelle quali il malato supera la minacciosa crisi.

I criteri di diagnosi diretta dell'e. p. a. e di diagnosi differenziale con forme similari o che le possono simulare non sono riassumibili in brevi sintesi conclusive e per essi rimandiamo al testo nel quale vengono dettagliatamente esposti gli elementi diagnostici differenziali dell'e. p. a. con l'asma bronchiale, uremico, cardiaco, nevrotico, e — per le forme di e. p. a. emorragico — con l'infarto polmonare, la trombosi dell'atrio sinistro, l'emoftoe o da *poussée* evolutiva di forma specifica polmonare, o da broncopolmonite non specifica acuta o da rottura vasale in cardiopatia valvolare.

La prognosi dell'attacco è sempre grave e riservata.

Lo studio sperimentale dell'e. p. a. ha aggredito il problema dai più vari punti di vista, e così è stato rispettivamente studiato l'e. p. a. da cause meccaniche, da tossici circolanti, da ipertensione generale e distrettuale, da azioni dirette e indirette sul sistema nervoso, persino riuscendo (ricerche della mia Scuola) alla riproduzione sperimentale dell'e. p. a. a catena da animale ad animale mediante succo di polmone in edema subito iniettato endovena a conigli e partendo da un primo caso di e. p. a. da adrenalina.

Non si conosce alcun argomento assoluto che permetta di affermare in modo preciso una relazione patogenetica tra alterazioni chimiche e fisico-chimiche e genesi dell'edema p. a. Negli infermi di e. p. a., l'equilibrio elettrolitico del sangue appare inalterato e così pure l'albumina del siero, la forza oncotica di esso, l'equilibrio acido-base, la conduttività elettrica e i gas del sangue. Si rileva invece un aumento dell'azotemia durante l'accesso di e. p. a., ma a tale fattore non può attribuirsi una diretta azione edematigena.

Circa la composizione chimica del polmone di infermi di e. p. a., si sa che anche il polmone normale rappresenta il tessuto dell'organismo più ricco in istamina (sostanza ad alto potere edematigeno), ma non si conoscono le eventuali variazioni del contenuto istaminico prima, durante e dopo l'accesso di e. p. a.

Questo alto contenuto istaminico fa presumere possibile un riavvicinamento tra l'e. p. a. in genere e certi edemi polmonari, che insorgessero come complicanza di chocs anafilattici ed istaminici, di accessi di asma bronchiale, di edema angioneurotico di Quincke, e anche rappresenta d'altra parte un punto di contatto fra polmoni e cute. Infatti la pelle è, subito dopo il polmone, l'organo percentualmente più ricco in istamina, come il polmone è, subito dopo la pelle, l'organo non solo percentualmente più ricco di NaCl, ma anche quello che, sempre dopo la pelle, sottrae al circolo in caso di iniezioni massive di NaCl le quantità saline percentualmente più elevate (Melli e Tasso). Pelle e polmone poi hanno entrambi una parte rilevante nel ricambio dell'acqua e possono infine ritenersi come gli organi più atti a permettere la formazione di edemi a rapidissima insorgenza, e talora anche a rapidissima regressione.

Per quanto riguarda il liquido dell'e. p. a., esso chimicamente risulta profondamente diverso da quello degli edemi nefritici e nefrotici, cardiaci, cachettici, ecc., dei quali tutti è assai più concentrato. Esso è invece particolarmente vicino ai trasudati delle grandi cavità prossimi al confine con gli essudati, al liquido dell'edema di Quincke e al liquido della corizza da fieno. Per queste proprietà, il meccanismo patogenetico del liquido dell'e. p. a. deve riferirsi ad una permeabilizzazione dei capillari polmonari, bruscamente istituitasi ma anche capace di rapidamente retrocedere.

Tra i fattori emodinamici ha importanza, nel determinismo dell'attacco di e. p. a., l'ipertensione del piccolo circolo, provocata non tanto per insufficienza ventricolare sinistra quanto per squilibrio dei fattori periferici della circolazione. A fianco di tali fattori hanno anche importanza quelli meccanici di origine toracica (depressione pleurica, dispnea, ecc.). Non va disconosciuta, d'altra parte, l'importanza dell'osservazione, dedotta da numerose esperienze della Clinica Medica di Padova, che si liberi dal polmone e si versi nel sangue, nell'e. p. a., una sostanza ad azione istaminica. Probabilmente interviene anche a favorire per via umorale l'edema p. a., la milza, mentre l'ipofisi svolgerebbe un'azione inibente.

Lo studio sperimentale dell'e. p. a. ha permesso, tra l'altro, di valutare l'importanza del sistema nervoso nella genesi dell'accesso. Il taglio del midollo cervicale, la puntura del corpo quadrigemino anteriore, il taglio di un cordone simpatico, l'asportazione di un ganglio stellato o di ambedue, fanno sì che l'e. p. a. adrenalinico compare solo eccezionalmente. Se ne è de-

dotta la possibilità che un particolare riflesso nervoso, partente per lo più dai ricettori specifici cardio-vascolari, dia luogo a stimoli centrifughi simpatici, i quali si portano ai capillari polmonari e favoriscono l'e. p. a., o creando le condizioni perchè esso si verifichi o meglio determinandolo acutamente quando già quelle condizioni esistono. Da numerose ricerche risulta legittima l'ipotesi che anche nella maggior parte di e. p. a. dell'uomo un anello della catena dei fattori patogenetici sia costituito dal sistema nervoso.

Concludendo, profonde e complesse si sono fatte le nostre nozioni in tema di e. p. a. e il suo meccanismo patogenetico non consente semplicismo schematico.

Abbiamo lungamente analizzato i fattori chimici, fisico-chimici ed umorali e messo in evidenza quanto gli studi svolti nella mia Clinica hanno recato in argomento. E abbiamo riferito le conoscenze nuove in tema di fattori umorali, tra cui quella della partecipazione della milza al processo (tramite o no il suo componente normale: l'acetilcolina) e quella della parte diretta che il polmone prende al processo edematigeno, non solo perchè termine ultimo è sempre la iperpermeabilità capillare, ma per quanto intravediamo relativamente al valore della brusca liberazione a livello polmonare di istamina, che non può escludersi debba esser talora da riportare ad una risultante neurochimica per stimolazioni nervose a distanza.

D'altra parte, sempre presente e preponderante è la partecipazione del sistema nervoso per il quale soltanto, stimoli e impulsi i più diversi (vedi per questo la complessa e molteplice eziologia dell'e. p. a.) hanno brusche e vivaci ripercussioni. I vari stimoli infatti, tramite il sistema nervoso centrale rimbalzano alla periferia lungo i nervi del sistema vegetativo, d'onde improvvise variazioni neuro-umorali che, facendo capo al polmone, vi determinano multipli sconvolgimenti e cioè perturbazioni vascolari, tensive, fisico e neurochimiche, con esito in improvvisa abnorme iperpermeabilità capillare e con ciò edema polmonare acuto, col probabile, ma non ancora sufficientemente dimostrato, concorso della liberazione locale di cospicue quantità di istamina, onde si verrebbe così a chiudere l'ultimo anello della misteriosa catena. Tutto ciò si svolge naturalmente nell'ambito della individualità che, come sempre, imprime il suo segno e plasma la configurazione clinica della sindrome secondo i canoni fondamentali della patologia costituzionale.

Nella terapia dell'accesso van ricordati il salasso, la legatura degli arti, la ventosa di Junod, le coppettazioni, e per la parte medicamentosa da un lato la serie dei cardiocinetici (fra cui strofantina e uabaina per via endovenosa) e dall'altro sopratutto l'uso di medicamenti che hanno per scopo di diminuire la reattività del sistema nervoso, di deprimere l'eccitabilità del centro respiratorio, di svolgere una blanda azione ipotensiva (morfina, papaverina, atropina); tentativi di terapia endovenosa all'accesso con miscele di narcotici si sono svolti nella mia Clinica con risultati che sembrano buoni (Luisada): ma occorrono ulteriori ricerche.

(Continua).

XXXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Roma - 13-16 ottobre 1930).

Inaugurazione.

Lunedì 13 ottobre 1930, alle ore 9, si è inaugurato il 37° Congresso della Società Italiana di Chirurgia. È presidente il prof. R. ALESSANDRI (Roma); vice-presidenti i proff. FASIANI (Padova) e EGIDI (Roma); consiglieri i proff. D'AGATA (Messina e CASELLA (Roma).

I soci sono intervenuti in grandissimo numero; notiamo le più spiccate personalità della Chirurgia Universitaria e Ospedaliera.

Il presidente prof. ALESSANDRI rivolge un saluto all'assemblea e dà la parola ai Relatori.

Trattamento delle lesioni cranio-cerebrali traumatiche (escluse quelle da arma da fuoco).

Prof. GUIDO EGIDI (Roma).

Conclusioni.

Lo studio dei rapporti tra traumi, lesioni del cranio e lesioni del contenuto cranico indica che, come non v'è corrispondenza costante tra sede di applicazione del trauma e tratto leso di cranio, così non è costante la corrispondenza tra lesioni meningo-cerebrali e lesioni craniche. Per questi motivi, nell'esporre il trattamento, è preferibile distinguere quanto riguarda le lesioni craniche da quanto riguarda le lesioni cerebrali.

Cura delle lesioni craniche. — Come in ogni parte dello scheletro il trattamento delle fratture richiede la riduzione e la contenzione dei frammenti. Nelle fratture del cranio uno di questi postulati, la contenzione, non richiede particolari cure, perchè i frammenti, una volta ridotti, non hanno alcuna tendenza a spostarsi.

Il quesito della riduzione si presenta negli *avvallamenti*. Per curare un avvallamento sottocutaneo occorre trasformare una frattura chiusa in una aperta. Ora, siccome le depressioni craniche, sebbene profonde, producono raramente sintomi di compressione cerebrale, molti chirurghi sconsigliano dall'operarle sistematicamente. Altri chirurghi sono favorevoli all'intervento sistematico, perchè esso permette di correggere, oltre la deformità ossea, anche le lesioni meningo-cerebrali che frequentemente si trovano a livello dell'avvallamento. Queste, anche quando non producono una sintomatologia immediata, possono tardivamente esser causa di epilessia.

Se la dura è lesa ed il cervello è ferito, si asportano le parti di cervello che fuoriescono, si ricercano i frammenti ossei penetrati nel cervello ed eventualmente si asportano. Poi si ripara con sutura la dura madre, si ripara l'apertura cranica con le schegge ossee conservate e infine si chiudono con sutura i tegumenti.

Fratture esposte. — Il trattamento delle *fratture esposte della volta* varia secondo il tempo trascorso dal trauma e secondo lo stato della lesione.

Ciò che prima di tutto importa stabilire è se la lesione sia infetta.

In massima le ferite infette richiedono un

trattamento aperto; nelle ferite non infette è lecito tentare la riunione parziale o totale.

Il trattamento necessario della ferita delle parti molli consiste nella revisione di essa fino negli scollamenti più lontani per asportarne corpi estranei, coaguli, frammenti ossei, materia cerebrale fuoriuscita; anche le parti molli fortemente contuse o lacere e quelle che non possono essere ben deterse debbono essere asportate.

Il cranio può presentare una semplice fessura. Si deve allora constatare se entro la fessura siano inclusi capelli o corpi estranei. Se questo sia evidente o solamente probabile, occorre con una piccola sgorbia trasformare la fessura in un solco profondo fino alla dura ed asportare ogni corpo estraneo.

Il caso più comune è offerto dalle fratture comminute nelle quali esistono frammenti completamente distaccati che vanno incontro a necrosi e, lasciati *in situ*, alimenterebbero prolungate suppurazioni. Per questo motivo, nelle fratture esposte del cranio, come in ogni altra frattura, le schegge isolate, specialmente se la lesione sia inquinata, vengono asportate, e così pure quelle infossate nel cervello.

Liberato il cervello da ogni corpo estraneo i margini della dura debbono essere regolarizzati.

Se si sospetta, per la mancanza della pulsazione, che esista una compressione cerebrale, è concesso incidere più ampiamente la dura e vuotare eventuali ematomi sottodurali e masse cerebrali spappolate. Ciò ha valore decompressivo.

Si presenta ora il problema del trattamento aperto o chiuso della ferita. L'argomento è stato ampiamente discusso e sperimentato durante la guerra e si può così riassumere.

Il tamponamento parziale o totale della ferita sembra garantire, ed in realtà garantisce, contro lo sviluppo di infezioni provenienti da materiale settico rimasto nella ferita. Ma successivamente la ferita è esposta ad infezione dall'esterno che sono tanto più probabili quanto più a lungo la ferita resterà aperta prima di cicatrizzare.

Se sia aperta la dura madre si hanno a lamentare perdite di liquido considerevoli dannose per sè e pericolose, perchè bagnano abbondantemente la medicatura e ne diminuiscono l'efficacia protettiva. La meningite, l'edema ed il prolasso cerebrale ne sono conseguenze frequenti.

Al contrario la chiusura primaria della ferita protegge dall'infezione secondaria; ma espone a complicazioni settiche da parte di impurità sfuggite al trattamento iniziale. La gravità di tali complicazioni è però, nella maggior parte dei casi, attenuata considerevolmente dalla regolarizzazione della ferita che l'intervento ha portato.

Una volta avvenuta l'infezione, la ferita deve essere riaperta completamente.

Nelle *fratture della base del cranio*, un trattamento corrispondente a quello delle fratture esposte della volta non è applicabile; e tuttavia tutte le fratture della base, che decorrono con sintomi certi, sono associate a lacerazioni della dura madre e aperte nelle cavità accessorie del naso e della faringe o dell'orecchio. Sono quindi gravemente esposte all'infezione e l'infezione dipende da circostanze che spesso sfuggono al nostro controllo.

La profilassi dell'infezione endocranica nelle fratture della base, mediante lavaggi antisettici del condotto uditivo e del naso, è inutile perchè la disinfezione dell'orecchio e del naso non è possibile. A infezione avvenuta la via da seguire è indicata da criteri otologici e dalla conoscenza del decorso delle linee di frattura.

Ematomi intracranici. — Il primo problema della cura degli ematomi è la diagnosi. Il solo esame clinico non sempre basta ad evitare errori e perciò l'impiego di interventi diagnostici è necessario.

Puntura spinale. — Nei traumi del capo la presenza di sangue nel liquido è un'evenienza frequentissima; essa si trova anche nei casi lievi che rimangono sotto la denominazione di commozione cerebrale. Non manca quasi mai nelle contusioni cerebrali e negli ematomi sottodurali e si trova anche negli ematomi extra-durali, perchè, a livello di questi, si hanno sempre piccole emorragie intradurali.

L'aumento della pressione del liquido fa parte della sindrome di compressione; esso però può mancare o perchè sia aumentato il potere di assorbimento del liquido o perchè, a causa dell'incastro del bulbo nel forame magno, le variazioni di pressione del liquido cerebrale non si trasmettono al liquido spinale.

Per tali motivi il grado di pressione misurato con la puntura lombare non può essere accettato come rivelatore di compressione cerebrale.

Puntura cranica. — La possibilità di riconoscere con la puntura l'esistenza degli ematomi dipende dal fatto che il sangue, tanto al di sopra come sotto la dura, rimane fluido molto più a lungo di quanto si creda e, anche quando costituisca un ematoma completamente coagulato, è possibile estrarre da esso una quantità di liquido che permette la diagnosi.

Nei casi nei quali la puntura riesca negativa e tuttavia esistano ragioni per supporre l'esistenza di un ematoma, occorre ripetere la puntura in altre sedi.

I punti da pungere sono prima di tutto quelli indicati dalla sintomatologia neurologica e dalla topografia cranio-cerebrale; ma poichè la sintomatologia neurologica può mancare, occorrerà pungere metodicamente nei seguenti punti:

1) punto temporale anteriore;

2) punto temporale posteriore, situati in corrispondenza dei punti di Kroenlein per la ricerca dei rami anteriore e posteriore dell'arteria meningea media e spostati un po' indietro allo scopo di evitare lesioni dei detti vasi;

3) punto frontale, situato lungo la verticale che passa per il mezzo dell'arcata sopra-orbitale, 5 cm. sopra di essa;

4) punto interemisferico situato 1 cm. e mezzo all'esterno del bregma.

Avendo risultato negativo anche da queste punture, nel sospetto che si tratti di emiplegia omolaterale, si punge nell'altro lato.

Alcuni ematomi hanno sede sottotentoriale, e sintomatologia identica a quella da compressione generale del cervello.

In tali casi, la diagnosi ed un miglioramento dei sintomi possono essere contemporaneo effetto di una puntura nel

5) punto occipitale; situato circa 1 cm. sotto la linea che unisce l'inion alla punta del processo mastoideo.

L'esame radiografico, dopo aver riempito con gas gli spazi sottodurali e i ventricoli, serve egregiamente a mettere in evidenza gli ematomi. Il gas può essere iniettato direttamente nei ventricoli laterali o attraverso puntura lombare (ventricolografia e encefalografia).

In condizioni normali, l'immagine ventriculografica dei corni anteriori è fatta da due formazioni simmetriche grossolanamente semilunari che si toccano per il lato convesso risultandone una figura simile a farfalla. Ciascuna ha il maggiore asse diretto dall'alto in basso e dall'esterno all'interno: i due assi cioè convergono in basso.

L'immagine dei corni posteriori si somma con quella dei corni temporali, risultandone in ciascun lato una formazione complessa nella quale la più esterna e più bassa è la parte temporale e la più alta e più interna è la parte occipitale. Il complesso ha una convessità volta all'esterno e il maggior asse diretto dal basso in alto e dall'esterno all'interno: i due assi cioè convergono in alto.

La direzione degli assi si conserva anche quando condizioni patologiche abbiano deformato l'aspetto dei ventricoli. Essa è perciò un criterio per riconoscere il polo cerebrale deformato e, insieme con il comportamento dell'ombra delle orbite, che è grande o piccola secondo che la fronte era lontana o vicina alla lastra, serve a riconoscere in quale posa fu fatta la radiografia.

Dei due modi disponibili per introdurre gas nei ventricoli, quello diretto è preferibile tutte le volte che i ventricoli siano dilatati; ma se non lo siano o se uno dei due sia compresso, si può essere costretti a pungere i due lati: ciò che porta ad una inutile complicazione. È per ciò e per la maggiore semplicità che, nei casi che ci interessano, è preferibile pungere il sacco durale lombare.

La sostituzione del liquor con aria per via lombare può presentare qualche pericolo in casi di lesioni recenti. Sebbene la sottrazione di liquido e l'iniezione di aria vengano eseguite a pochi centimetri cubici per volta, in modo da non produrre sensibili squilibri di pressione, l'incastro del bulbo nel forame magno è sempre da temere, essendosi visto comparire dopo aver estratti solo 5 cmc. di liquido. Inoltre la mobilizzazione del liquido dagli spazi sottodurali cranici a quelli lombari mobilizza anche i coaguli, come è dimostrato dal fatto, da me più volte osservato, che le prime porzioni di liquido estratto erano incolori del tutto o quasi, mentre le ultime avevano una forte colorazione ematica. Ciò mi è sembrato pericoloso per il ridestarsi di emorragie. Per questi motivi, nei casi recenti e specialmente in quelli nei quali esistono segni di compressione generale soli o associati a segni di compressione locale, il mezzo di indagine più conveniente è la puntura cranica esplorativa la quale può essere eseguita con i comuni mezzi di camera operatoria e fornisce immediatamente i suoi risultati e immediatamente può essere seguita dal trattamento curativo.

Le diagnosi radiografiche trovano in genere limitazioni di impiego nei traumi recenti accompagnati da gravi sintomi cerebrali per lo strapazzo richiesto nel far assumere ai pazienti pose diverse tra le quali alcune, specialmente la submento-vertice, sono molto scomode e direi quasi pericolose, mentre sono indicate quando i fenomeni della compressione acuta sono cessati e quando è passato un certo tempo dal trauma. Mediante la ventriculografia io sono riuscito recentemente a mettere in evidenza due ematomi sottodurali che datavano, in un caso, da oltre due mesi e, nell'altro, da circa quindici giorni.

Punture craniche terapeutiche. — La puntura cranica è indicata a portare, con l'aspirazione delle raccolte, un soccorso d'urgenza nei casi di compressione cerebrale minacciosa.

Neisser e Pollack, Quincke, Hesse ecc. l'hanno usata con buon risultato.

Nel trattato di Kocher la puntura cerebrale è indicata come un mezzo terapeutico per i casi di compressione cerebrale avanzata, nei quali la trapanazione regolare rappresenterebbe un intervento capace di accelerare l'esito.

Craniotomia. — Per molto tempo negli interventi chirurgici per ematomi si è seguito il criterio di aprire il cranio nella sede dei vasi meningei, perchè da essi proviene il maggior numero di ematomi.

Ma non tutti gli ematomi hanno le localizzazioni tipiche di quelli provenienti dai vasi meningei ed anche alcuni di questi possono eccezionalmente raggiungere la fossa cranica posteriore. Perciò in alcuni casi si è dovuto trapanare sull'osso occipitale. Allora il punto preferibile è dietro il processo mastoideo, alla metà della linea semicircolare inferiore.

Si può oggi ritenere che la sede della craniotomia debba essere scelta secondo il reperto della puntura esplorativa.

La trapanazione classica ha perduto alquanto terreno in confronto della resezione cranica osteoplastica, la quale, potendo esser fatta ampia, permette una certa esplorazione della cavità cranica ed un agevole trattamento delle lesioni trovate.

Ma la puntura esplorativa ha reso meno importante l'esplorazione operatoria e la distinzione tra craniotomie definitive e temporanee ha perso un po' del suo valore da quando la confidenza nei trapianti liberi ha fatto apparire più probabile il successo dei reimpianti dei dischi di trapanazione. Infine l'uso dei grandi trapani ha tolto alle trapanazioni il lamentato inconveniente della insufficiente grandezza.

Perciò attualmente la scelta del metodo operatorio si può fare, all'infuori di ogni preconcetto, tenendo conto principalmente dello stato del paziente e poi dei mezzi tecnici dei quali si dispone.

Comunque non v'è alcun dubbio che la craniotomia non osteoplastica sia la più mite. Essa è particolarmente indicata per l'apertura della fossa cranica posteriore e per i pazienti molto gravi.

Aperto il cranio si può trovare e vuotare subito, ma con delicatezza, l'ematoma; oppure si può trovar la dura madre tesa, bluastra, non pulsante, nel qual caso occorrerà inciderla a croce o a lembo.

Per asportare delicatamente l'ematoma ebbero reputazione i pennelli; poi si usarono le dita, i tamponi, i cucchiai. Il processo più delicato mi sembra l'aspirazione.

L'atto dell'emostasi ha un'importanza secondaria. Come già Kroenlein aveva osservato, quando il chirurgo arriva, l'emorragia è cessata.

Se si trovano arterie o vene o seni sanguinanti si deve far l'emostasi impiegando i mezzi già descritti a proposito del trattamento delle lesioni vasali nelle fratture aperte del cranio.

Trattamento della compressione cerebrale. — Tanto l'osservazione clinica come gli sperimenti negli animali dimostrano che quando la pressione endocranica sorpassa un certo segno, i centri regolatori del respiro, del cuore e della pressione sanguigna dànno segni di sofferenza e che, quando la pressione ha raggiunto un certo limite, si hanno disturbi mortali.

Nelle compressioni acute l'indicazione all'intervento è urgente e vitale. Nelle compressioni croniche il pericolo di vita è minore, però la prolungata pressione altera irreparabilmente gli elementi nervosi.

La terapia richiede una modificazione dei rapporti tra contenuto e capacità cranica che abbia per risultato una diminuzione della pressione. La decompressione deve essere attuata prima che compaia lo stadio paralitico, altrimenti la sua efficacia è incerta.

Processi di decompressione. — Il più semplice è rappresentato dalla puntura lombare la quale però trova limitazioni e pericoli; la puntura cranica, all'infuori degli ematomi, ha poca efficacia nella cura della compressione acuta del cervello; la puntura dei ventricoli ha indicazioni solo nella meningite sierosa interna.

Il mezzo di decompressione più potente e più usato è la trapanazione del cranio.

Si distiguono due varietà di trapanazioni decompressive: in una la dura madre viene incisa, nell'altra no.

In ambedue i casi l'osso può essere conservato o sacrificato. Il sacrificio dell'osso è indicato quando lo stato generale sia molto grave. La trapanazione senza apertura della dura conviene quando la pressione è mantenuta da fratture con avvallamenti, da ematomi epidurali, da pachimeningite esterna o intermedia.

In tutti gli altri casi occorre aprire la dura. Se si siano potuti vuotare grossi ematomi, asportare stratificazioni pachimeningitiche, trattare cisti di liquido, ecc. la successiva sutura della dura può esser presa in considerazione. Ma se la causa della compressione non può essere allontanata, come è nella tumefazione del cervello, nell'edema cerebrale, nell'encefalite, nell'idrocefalo esterno ed interno, la dura non deve esser chiusa. Ci si contenta allora di una sutura a strati dei tegumenti e si lascia nella dura una grossa apertura. La decompressione si ottiene da una parte perchè il cervello attraverso l'apertura sfugge alla pressione, dall'altra perchè i tegumenti assorbono grandi quantità di liquido.

Quando la pressione sia molto elevata, i lembi semplici o osteoplastici vengono sollevati progressivamente dal cervello che prolassa e talvolta si ha il grave inconveniente che i punti cedono alla pressione.

Contro tale pericolo sono rimedi spesso efficaci le ripetute punture lombari e dei ventricoli e, se queste non bastino, la puntura del corpo calloso o la puntura sottooccipitale.

Tra i rimedi interni, nei casi lievi è stato raccomandato l'uso dell'*atropina* (Mc Glannan). La terapia antica fece molto uso dei drastici e dei salassi. L'uso dei primi è stato ripreso ed applicato con criterii nuovi che hanno portato a risultati brillanti. Per ridurre la pressione endocranica Weed e Mc Kitton furono i primi ad indicare il valore delle *soluzioni ipertoniche* di cloruro sodico introdotte per via endovenosa o di solfato di magnesio e di cloruro sodico introdotti *per os* o *per rectum*. Questi sali agiscono provocando una disidratazione intensa, che ha effetto decompressivo, ma che è di breve durata, almeno per ciò che riguarda il cloruro sodico. Altri usano il glucosio, che avrebbe anche il vantaggio di apportare calorie agli infermi e agire contro lo shock.

L'eccesso di questa terapia può condurre ad un collasso cerebrale per vuotamento degli spazi liquidi. Questo si può riconoscere da modificazioni della tensione e della frequenza del polso associate ad un abbassamento della pressione del *liquor*, misurato con puntura lombare. In tali casi una o due iniezioni endovenose di 40 cc. di acqua distillata servono a ripristinare la pressione normale.

Le dosi in uso sono 50-80 cc. di una soluzione 15-30 per cento di NaCl per via endovenosa. Oppure 16-20 grammi di Na Cl in 80 cmc. d'acqua *per os*.

Il $MgSO_4$ si usa nella quantità di 30-80 cc. di soluzioni 10-20 per cento per via endovenosa; 90 cmc. di una soluzione 50 % *per os* oppure 180 cc. della stessa soluzione *per rectum*. Il liquido deve essere introdotto lentamente per evitare l'effetto evacuante; le dosi emesse entro mezz'ora non possono essere considerate attive e debbono essere ripetute.

Il glucosio si usa nella quantità di 50-100 cc. di una soluzione 50 % per via endovenosa. Occorre iniettarlo lentamente; non più di 5 cc. al minuto.

Altre indicazioni sono l'edema papillare delle encefaliti (Spiller), il glaucoma (Thompson), la pressione endoculare (De Schenitz e Baer), l'edema della glottide (Rawdin), l'edema polmonare postraumatico.

Dopo questa rassegna dei mezzi che possediamo per decomprimere il cervello, possiamo affrontare il problema del trattamento della compressione cerebrale diffusa postraumatica.

Questa condizione comprende anche il trattamento *delle fratture della base del cranio*, che molti AA. intendono come trattamento delle concomitanti lesioni cerebrali che non hanno carattere di focolaio.

Queste sono responsabili del maggior numero degli esiti letali. La mortalità nelle fratture della base del cranio supera il 50 % ed oltre la metà delle morti avviene nelle prime 24 ore.

Ciò rende poco ragionevole una condotta aspettante e giustifica la condotta di coloro che, avendo fiducia in un metodo di cura, lo attuano precocemente e sistematicamente, il che è bene perchè quando la compressione è giunta allo stadio paralitico, la decompressione, anzichè aver effetto benefico, può produrre un peggioramento.

Quando ci si trovi però di fronte a pazienti, la cui cura deve essere intrapresa in qualunque stadio si trovino, ci si atterrà a queste norme. Sollecita terapia disidratante per ridurre la pressione endocranica; contemporaneamente alcune punture craniche esplorative per escludere che

la sindrome dipenda da grossi ematomi per effetto dei quali i sintomi bulbari o, come altri dicono, di compressione generale del cervello, nascondano la sintomatologia di focolaio.

Se il risultato della puntura è positivo, si ottiene un primo vantaggio aspirando parte dell'ematoma e si procede poi all'intervento.

Se il risultato della puntura è negativo, si continua la cura disidratante anche per alcune settimane.

In un gran numero di casi, nei quali è stato usato come mezzo disidratante il $MgSO_4$, non si sono osservati fenomeni tossici. V'è solo la possibilità che si sorpassi lo scopo desiderato provocando una eccessiva disidratazione. In genere si può ritenere che buon indice del volume del sangue circolante sia la frequenza del polso. Quando, per effetto della disidratazione, il polso diventi frequente, si interrompe la somministrazione del $MgSO_4$ e si somministrano dei liquidi.

Questo metodo, usato insieme con le ripetute punture lombari, ha surrogato in molti ospedali l'uso della trapanazione a scopo puramente decompressivo.

Una controindicazione assoluta alla terapia disidratante è rappresentata da quella condizione di ipotermia con polso rapido e frequente che si ha in seguito ad emorragia, per effetto della brusca diminuzione del volume del sangue circolante, o in quel tipo di shock, simile allo shock istaminico, prodotto dalla commissione inglese nominata durante la guerra per lo studio dello shock. L'istamina (Dale e Richards) produce trasudazione di plasma sanguigno nei tessuti e, per conseguenza, diminuzione del volume del sangue circolante; sintomi di questa condizione sono l'abbassamento della pressione sanguigna e l'aumento della frequenza del polso e del respiro (fame di aria). Essa deve essere combattuta con il riscaldamento, con gli stimolanti e con la somministrazione di liquidi. Vuotare ancora più un sistema vascolare già impoverito potrebbe essere fatale.

I casi nei quali lo shock si associ con compressione cerebrale sono molto difficilmente curabili. Tuttavia alcuni casi possono essere ancora salvati con immediate iniezioni endovenose di piccole quantità di liquidi glucosati con lo scopo principale di combattere lo shock ed agendo contro la compressione cerebrale mediante punture dei ventricoli e lombari. Cessato lo shock, si istituisce la cura desidratante con $MgSO_4$.

In linea di massima si può dire che le direttive della cura debbono essere regolate secondo il polso ed il respiro. Frequenze di polso sopra 120 indicano necessità di liquidi, rallentamenti del respiro sotto 20 o irregolarità di esso indicano la desidratazione.

In casi di polso frequente dubbiamente attribuibili a compressione in stadio paralitico o a shock, sono caratteristici della compressione cerebrale la pressione sanguigna elevata e, se questa possa essere bassa per cause concomitanti (debolezza del cuore, shock), i dati manometrici che indichino una pressione del liquor di poco inferiore a quella sanguigna.

Nella fase acuta si debbono prendere misure del polso, della temperatura, del respiro e della pressione sanguigna a brevi intervalli. Ed è desiderabile che almeno alcuni di questi dati vengano registrati graficamente, affinchè siano evidenti le variazioni, che sono importanti quanto i valori assoluti.

Infine bisogna attuare una terapia sintomatica per i disturbi del respiro. La morte per trauma cerebrale è una morte respiratoria. Ma poichè spesso il bulbo non presenta alterazioni dimostrabili, è probabile che alcune lesioni di esso siano solamente funzionali e riparabili.

Prolungando con la respirazione artificiale la vita dei pazienti, si può forse raggiungere il momento nel quale torni la funzione dei centri.

* * *

Terminata la Relazione del prof. Egidi, il Presidente dà la parola al correlatore dott. GIACOBBE.

Trattamento dei traumi cranio-cerebrali (esclusi quelli da arma da fuoco) in medicina militare.

Cap. Med. C. GIACOBBE (Roma).

La grande importanza che, anche nel vasto campo della medicina militare, assumono i traumi cranio-cerebrali risulta dalle 257 osservazioni prese in considerazione ed occorse nell'ultimo decennio; osservazioni delle quali è stato possibile avere direttamente dagli ospedali militari del Regno e da quello coloniale di Asmara notizie dettagliate sul meccanismo di produzione e sull'entità della lesione, sul trattamento condotto, sugli esiti recenti e, in parecchi casi, anche su quelli lontani.

In proporzione al numero totale delle frequenti lesioni traumatiche quelle cranio-cerebrali, *esclusi i traumi da arma da fuoco, rappresentano in media l'1 %.*

Circa l'eziologia predominano naturalmente le cause inerenti alle particolari contingenze della vita militare; assumono infatti speciale importanza i traumatismi da caduta da cavallo, da calcio di quadrupede (cavallo o mulo), da incidenti aviatorii, ecc.

Nella statistica non sono comprese le frequentissime lesioni traumatiche localizzate ai soli tessuti molli e non accompagnate da sintomi commozionali. È da tener presente però nel trattamento di tali lesioni che il pericolo di infezione è grave. In ricerche praticate specialmente su soldati di ritorno dalle manovre o dal campo (*Atti Soc. Ital. Chir.*, Anno 1928, *Minerva Medica*, 1929) il Relatore ha infatti riscontrato costantemente nel cuoio capelluto la presenza di una ricca e varia flora batterica.

In materia di trattamento dei traumi cranio-cerebrali è da notare quindi come questo debba considerare anche certe misure profilattiche, che opportunamente vengono praticate nell'Esercito: taglio corto dei capelli, siero-terapia antitetanica in tutte le soluzioni di continuo, anche minime, del cuoio capelluto, ecc.

E così pure è necessario premettere come sia indispensabile una esatta diagnosi, che possa indirizzarsi sulle modalità curative.

Occorre pertanto un esame metodico ed accurato del cranio leso in tutti i minimi dettagli, da cui scaturisce l'indicazione o meno all'intervento.

Le prime cure in caso di traumatismo cranio-cerebrale sono logicamente dirette a vincere lo stato di shock con tutti quei vari mezzi largamente a disposizione non solo nelle Infermerie dei Corpi e nelle sale mediche dei campi di Aviazione, ma anche presso le truppe in marcia o in manovra (zaini e cofani di sanità).

Superato il primo shock (lo stato cioè di commozione o di contusione compatibile con la vita) e dopo un'accurata protezione delle eventuali ferite con materiale asettico il medico reggimentale provvederà subito a far trasportare con le più scrupolose precauzioni il cranioleso in Ospedale. È qui che verrà istituito il vero trattamento di cura.

Per la commozione cerebrale semplice, senza frattura, è stata praticata una adeguata cura sintomatica (borsa di ghiaccio sul capo, iniezioni eccitanti, ecc.); solo in rari casi per persistente cefalea è stato ritenuto opportuno ricorrere a punture lombari, seguite da rapido miglioramento.

L'intervento *immediato* è stato praticato solo in due casi presso l'infermeria del luogo, autorizzato dalla rapida ed allarmante insorgenza di segni di compressione ed anche per l'eccessiva distanza dall'Ospedale. Negli Ospedali l'intervento è stato di regola praticato *precocemente* (superato cioè lo stato di commozione o di contusione compatibile con la vita) tutte le volte che esso è stato ritenuto necessario.

Le semplici ferite pericraniche sono state trattate con accurata detersione chirurgica ed in quasi la totalità sbrigliate per scoprire sospette fratture, le quali alla loro volta hanno spesso indicato la craniectomia o una semplice trapanazione esplorativa.

Nelle *fratture esposte della volta* l'intervento è stato costantemente praticato all'infuori dei casi in cui la intensità dello shock o la gravità di lesioni concomitanti non hanno permesso un trattamento tempestivo. Esso è consistito nell'accurata detersione del focolaio, nella escissione dei bordi cutanei, nell'asportazione dei frammenti ossei *liberi* e dei coaguli, nella sutura della breccia durale e del lembo cutaneo con chiusura completa della ferita o eccezionalmente con la applicazione di piccolo drenaggio. I vantaggi immediati e consecutivi derivanti da tale trattamento si rilevano chiaramente dai risultati ottenuti.

Nei casi invece in cui l'atto operativo è stato necessariamente *tardivo* i risultati sono stati poco soddisfacenti (complicazioni infettive).

Anche le *fratture chiuse della volta* con *avvallamento* o *comminute* non si prestano a divergenze circa il loro trattamento; l'intervento *precoce* è indicato, facendo eccezione solo per quei casi in cui l'avvallamento rappresenta un semplice appiattimento della normale curvatura cranica, specie se il focolaio di frattura corrisponde a una *zona muta* e quando non esistono sintomi di aumentata pressione.

Le *fratture lineari semplici* della calotta cranica non hanno in genere bisogno di intervento chirurgico; in quelle esposte si è in genere provveduto solo all'accurata disinfezione della ferita, regolarizzandone i margini con la escissione ampia delle parti contuse o comunque mortificate, con chiusura completa della soluzione di continuo, salvo particolari controindicazioni.

Nelle fratture lineari chiuse della volta è stato praticato l'intervento in quei casi in cui sono stati rilevati segni di irritazione o compressione (da frammenti ossei o da ematoma). In ogni caso però si è data grande importanza alla accurata disinfezione della regione contusa come se esistesse una vera e propria soluzione di continuo.

Le *fratture della volta irradiate alla base*, quando le lesioni proprie della volta non hanno determinato una indicazione netta all'intervento sono state trattate con quella cura sintomatica, che è stata costantemente applicata nelle fratture limitate alla sola base.

Nelle *fratture della base*, particolarmente nei casi in cui era da presumersi la integrità della dura, la puntura lombare è stato il trattamento di scelta (ipertensione); scrupolosamente è stata sempre praticata la pulizia delle cavità naturali (orecchio, naso, faringe).

In base alle osservazioni raccolte non risulta che sia stata mai praticata la trapanazione sottotemporale, che troverà ad ogni modo la sua applicazione in luogo della puntura lombare nei casi di bloccaggio del *foramen magnum* e sopratutto nei casi di compressione localizzata. È però questa una trapanazione sintomatica per conseguenza, decompressiva è vero, ma secondaria e non primitiva (preventiva), nel senso con cui l'intendono Cushing e De Martel.

Circa le *complicazioni* infettive è da rilevare come queste si siano dimostrate di particolare gravità. Tutte le volte in cui la *meningo-encefalite* si è manifestata, l'esito è stato fatale. La siero e la proteino-terapia vanno ad ogni modo tentate, tenendo presente che vi sono dei casi in cui una meningite di origine basale può localizzarsi, come una peritonite, e in cui segni di localizzazione permettono di intervenire con qualche speranza di successo (Vulliet). Ad infezione conclamata potrà aversi vantaggio, molto dubbio del resto, da una trapanazione bassa delle due regioni temporali con drenaggio sottodurale. È da raccomandare anche il trattamento immediato di iniezioni endovenose di urotropina, che passando nel *liquor* può impedire la vita a germi poco virulenti.

Per gli *ascessi cerebrali* il trattamento non può essere che operatorio ed immediato. L'ascesso deve essere largamente aperto e largamente drenato.

Quanto alle *sequele* è da tener presente specialmente la *epilessia jacksoniana* in cui, quando dopo un congruo periodo di attesa non si rileva attenuazione ma anzi aggravamento dei sintomi, è indicato l'intervento.

Nella *sindrome soggettiva*, che comunemente si riscontra nei traumatizzati del cranio (cefalea, abbagliamenti, vertigini, insonnia, irritabilità), spesso associata a modificazioni del *liquor* (elevazione della pressione, aumento dell'albumina), le punture lombari sono indicate per fare scomparire od attenuare tali disturbi.

Per diminuire l'aumento della pressione endocranica, tanto nelle lesioni acute che croniche, Howe raccomanda il glucosio *per venam* in soluzioni assai concentrate; con tale mezzo anche il Relatore ha recentemente ottenuto buoni risultati.

Nei casi di cefalea e di vertigini croniche dipendenti da aderenze meningee è da tener presente il *metodo di Penfield*, il quale ha proposto di iniettare dell'aria per via lombare, previa adeguata sottrazione di *liquor*. L'aria provocherebbe una reazione immediata sotto forma di cefalea e di vomito, cui però seguirebbe la scomparsa definitiva dei disturbi nel 60-70 % dei casi.

È opportuno accennare ai *risultati* complessivamente ottenuti, poichè essi indubbiamente indicano il valore della cura seguita.

Dal punto di vista della mortalità su 257 casi di lesioni cranio-encefaliche si lamentano 44 decessi (17,12 %), di cui ben 21 hanno avuto luogo nelle prime 36 ore. Ciò potrebbe far concludere col Jobelin che il grande pericolo dei traumatismi cranio-cerebrali non è la infezione, ma che la gravità è dovuta invece alla intensità della contusione e alla compressione più o meno diffusa per emorragia e alle conseguenze bulbari della ipertensione. È però da notare che quasi tutti i 21 deceduti nelle prime 36 ore, compresi gli operati, presentavano anche gravi lesioni toraciche ed addominali (incidenti aviatori, investimenti).

Nei rimanenti 23, 7 sono morti in un periodo vario da 5 giorni ad un mese per meningo-encefalite — di cui 3 non operati e 4 sottoposti ad intervento qualche giorno dopo il trauma — e 4 per ascesso cerebrale dai 15 ai 30 giorni dopo l'intervento, che è stato praticato *tardivamente*. Altri 5, pervenuti al chirurgo dopo qualche giorno dall'epoca del trauma sono deceduti per ascesso cerebrale da « pregressa frattura esposta della volta ». In uno, con vasta frattura del frontale e spappolamento della massa cerebrale, la morte — avvenuta dopo circa un mese — è da riferirsi a copiosa e continua perdita di *liquor* proveniente, attraverso la perdita di sostanza del lobo frontale, dal ventricolo laterale destro. In un altro la morte si è verificata improvvisamente dopo 1 mese dalla guarigione per accesso convulsivo (?). In 5 infine la morte è stata determinata per complicazioni a carico dell'apparato respiratorio, che sono state riscontrate in fratturati della base (polmonite *ab ingestis*). Tale evenienza, secondo Priboiano e Jorosian, non è infatti rara a riscontrarsi.

Gli esiti recenti possono considerarsi buoni, se si considera che raramente è stato necessario ricorrere a provvedimenti medico-legali.

Dei pazienti riveduti a distanza molti, anche quelli che avevano patito gravissime lesioni cranio-cerebrali, non hanno presentato disturbi degni di nota. Tenaci talvolta si sono mostrate le sindromi subiettive, le cefalee e le vertigini accessuali, specie quando la commozione encefalica è stata associata a commozione labirintica.

Tra i riesaminati rilevasi un sol caso di epilessia post-traumatica, guarita peraltro dopo un secondo intervento diretto a rimuovere le aderenze cicatriziali e a riparare la perdita di sostanza ossea.

Non si insisterà abbastanza sulla importanza di una scrupolosa *preparazione del campo operatorio*, che deve essere praticata con la massima diligenza da personale bene addestrato.

L'*anestesia* quasi sempre usata è stata la *locale*, che permette anche di poter operare tenendo il p. in *posizione seduta*. Non sempre però è possibile tenere i craniolesi *a cavalcioni su di una sedia*, poichè questi, allorchè sono sottoposti ad intervento, si trovano per lo più in istato comatoso o soporoso. In tali casi è opportuno, tenendo presenti gli indiscutibili vantaggi, che derivano dalla sopra-elevazione del capo sul tronco, di mantenere la testa elevata o con cuscinetti di sabbia o con una conveniente inclinazione del capo. E così pure non è sempre effettuabile l'anestesia locale (stato di eccitamento); in questi casi, e ciò allo scopo di evitare le facili complicanze a carico dell'apparato respiratorio, si è dimostrata di grande utilità l'anestesia mista, locale e generale con la morfina o meglio con preparati oppiacei misti.

Nei casi gravissimi (stato di incoscienza) l'intervento è stato praticato senza anestesia di sorta.

Circa la *scelta dell'incisione* il criterio è stato vario: generalmente è stata usata l'incisione a *ferro di cavallo*, specialmente negli interventi sulla regione temporale. Nelle ferite-fratture sono state utilizzate le soluzioni di continuo dei tessuti molli determinate dal trauma, dopo però completa ed ampia escissione dei bordi contusi della ferita.

Nelle craniotomie è stata praticata accuratamente la *emostosi temporanea del cuoio capelluto*, per cui rispondono assai bene specialmente le pinze di Alessandri, che sono a larga presa e con curva che si adatta alla convessità del cranio.

Quanto alla *toilette ossea* nelle fratture comminute giova ricordare che il chirurgo deve sacrificare il meno possibile i frammenti ossei.

È da rilevare come si sia dimostrata possibile e raccomandabile la chiusura immediata anche nei traumatismi aperti (nelle ferite complesse o trattate tardivamente il tamponamento conserva sempre le sue indicazioni).

La guarigione asettica delle ferite cranio-cerebrali è un fattore importante per la reintegrazione anatomica delle breccie ossee non molto estese ed anche per il ripristino funzionale delle localizzazioni nervose.

L'intervento precoce e la chiusura *per primam* garantiscono dalle suppurazioni, che, mentre ritardano o impediscono il processo di riparazione ossea, contribuiscono anche alla stabilizzazione di esiti più o meno gravi (epilessia, ecc.).

* * *

Terminata la Relazione del dott. Giacobbe hanno la parola i correlatori radiologi prof. Alberti e dott. Mascherpa.

Il sussidio radiologico nel trattamento dei traumi cranio-cerebrali.

Prof. Olindo Alberti (Brescia)

e dott. Fermo Mascherpa (Milano).

I RR. pongono anzitutto in rilievo i vantaggi che — nel campo della Craniologia in genere, ed in ispecie in quello della Traumatologia cranio-cerebrale — risultano da una stretta collaborazione fra radiologo, chirurgo e neurologo: ne è prova, fra l'altro, la recente fondazione di una « Società radio-neuro-chirurgica ».

Ricordano quale prezioso aiuto rappresenti per il chirurgo l'indagine radiologica nei traumatismi cranio-cerebrali, sia come chiarimento diagnostico che come indicazione terapeutica e talora anche come guida durante l'intervento stesso.

Passano in rassegna i vari tipi di frattura, sia della base che della volta cranica, illustrandone la rispettiva espressione radiografica ed esponendo rapidamente gli speciali artifici tecnici atti a metterle in evidenza nelle singole regioni; prendono in considerazione le varie cause che possono condurre ad errori di interpretazione, stabilendo i criteri diagnostici differenziali.

Descrivono gli eventuali reperti radiologici nel campo delle lesioni cerebrali traumatiche, sia nella loro espressione immediata che a distanza, sia diretta che indiretta, accennando specialmente all'evenienza del pneumocefalo traumatico.

In particolar modo i RR. si soffermano sull'impiego della « Encefalografia » nei traumatismi cranio-cerebrali, traendo osservazioni interessantissime dalla loro ricca esperienza di oltre 300 casi. L'esposizione di alcuni di questi dimostra nettamente la grande importanza pratica ormai raggiunta dal metodo, specialmente per la dimostrazione di postumi traumatici cerebrali (spesso assolutamente non rilevabili con alcun altro mezzo) e per la indicazione di eventuali interventi operatori. Insistono su alcuni particolari di tecnica — ai quali specialmente i RR. attribuiscono l'innocuità della encefalografia nei loro trecento casi — e ne consigliano decisamente il sistematico impiego nella pratica quotidiana.

Sempre in rapporto alla traumatologia cranica, i RR. si soffermano a considerare il comportamento delle cranioplastiche, specie nei loro esiti lontani, quali appaiono attraverso al controllo radiologico. Dalla numerosa casistica i RR. traggono a tal proposito, la conclusione che, mentre le breccie craniche lasciate a sè quasi mai vengono colmate da tessuto osseo, un lembo osteoplastico ricavato dalla stessa parete cranica (autoplastica) serve ottimamente allo scopo, conservando indefinitamente la sua struttura ossea e la sua opacità radiologica; al contrario, un lembo osteoplastico tolto dallo stesso individuo (omoplastica), ma in regione lontana (specialmente tibia) viene quasi sempre riassorbito e non più sostituito da nuovo tessuto osseo.

Da ultimo i RR. accennano alla possibilità di un trattamento roentgenterapico, specie in rapporto ad un più rapido riassorbimento di stravasi o di tessuto connettivale neoformato, od alla correzione di stati di ipertensione endocranica, ecc.

Seduta pomeridiana (15 ottobre, ore 15).

Presidente: Prof. ALESSANDRI.

Comunicazioni inerenti al tema di Relazione.

FORNI G. (Bologna). — *Osservazioni di traumi cranio-cerebrali.* — Ha operato 6 casi di lesioni cranio-cerebrali gravi, in 2 di questi esistevano fenomeni gravi di compressione e contusione cerebrale a cranio integro. L'operazione è consistita nell'asportazione dei frammenti, nello svuotamento dell'ematoma e nell'emostasi, in due volte in una resezione osteoplastica col craniotomo di Codivilla. Cinque guarigioni.

FASANO M. (Asti). — *I traumi cranio-encefalici ed il metodo di disidratazione.* — Ha osservato 3 casi di compressione grave guariti con l'apertura della dura tesa e non pulsante e dopo fuoriuscita di liquor. Insiste sull'importanza delle cure atte a limitare la pressione del liquor.

LO CASCIO V. e MELINA F. (Messina). — *Contributo allo studio dei traumatismi cranici.* — Riferiscono di 89 casi osservati nella Clinica Chirurgica di Messina, di cui illustrano la sintomatologia, le indicazioni operatorie e i risultati ottenuti.

MARAGLIANO D. (Genova). — *I traumi cranio-cerebrali nell'infanzia.* — Centosessantatre casi in bambini da 6 mesi a 12 anni. Mortalità globale 27 %. È eccezionale la frattura isolata del tavolato interno, rara la prevalenza delle lesioni e l'avvallamento della vitrea, frequenti le lacerazioni della dura e le lesioni cerebrali. Predominano i fenomeni di commozione e contusione, frequente la tumefazione delle parti molli. La prognosi migliora sensibilmente nei casi che hanno superato le 36 ore.

Cura: rachicentesi sistematica, interventi solo nei casi di avvallamento con fenomeni nervosi e nelle fratture chiuse con infezione secondaria. Cura conservativa anche nei casi di avvallamento senza fenomeni nervosi con risultati ottimi.

PIGNATTI A. (Brescia). — *Contributo clinico ai traumatismi cranio-cerebrali.* — Novantadue casi. Mortalità 70 %. Intervento solo in 15 casi; 13 volte per avvallamento, 2 volte per ematomi. Riferisce un caso interessante di lesione cranio-cerebrale da elettricità.

MAGGIO P. — *Ernia cerebrale traumatica.* — Quattro casi guariti di ernia traumatica. Per la genesi di essa è necessaria anche una perdita di sostanza della dura oltre all'edema; in altri casi è in dipendenza a fatti meningoencefalitici, ad ascessi, ecc. Nel primo caso è sufficiente la compressione, se strozzata occorre allargare la breccia. Nelle ernie da ascesso occorre aggredire questo.

POZZI G. (Milano). — *Osservazioni statistiche e considerazioni sulla diagnosi, sulla terapia e sugli esiti delle lesioni cranio-cerebrali.* — Casi 1064, negli ultimi anni c'è una prevalenza delle lesioni della base. Mortalità 60,15 %. Per la diagnosi ha importanza la indagine radiologica. Cura: mezzi emostatici per diminuire il pericolo di emorragia, eliminare la compressione sia con craniotomia che con punture lombari e soluzioni ipertoniche; 75 % dei sopravvissuti torna a vita normale.

TABANELLI M. (Milano). — *Il comportamento dei cloruri nel sangue e nel liquor dei traumatizzati cranio-cerebrali.* — Nei traumatizzati cranio-cerebrali ha osservato valori normali di cloruro di sodio nel sangue, una spiccata discesa

nel liquor. La genesi è dovuta forse alla tendenza alla isotonia, con ciò concorda il risultato terapeutico delle iniezioni ipertoniche.

Cazzamali P. (Milano). — *Glicemia e glicorrachia nei traumatizzati del cranio.* — Nei traumi si stabilisce una iperglicemia con l'apice dopo le prime ore del trauma, nel liquor invece una volta sola iperglicorrachia.

Rotolo G. — *Azotemia nei traumatizzati del cranio.* — Ha osservato un aumento del tasso ureico che si inizia poche ore dopo il trauma e raggiunge il massimo dopo 24 ore.

Fumagalli R. (Milano). — *Possibilità di influenzare le modificazioni della pressione del liquido cefalo-rachidiano, nei traumatizzati del cranio col trattamento endovenoso iper- o ipotonico.* — La medicazione anisotonica è nettamente indicata nei traumatismi, la sua azione è a carattere osmotico. Illustra un caso interessante di applicazione di questo metodo.

Alhaique (Napoli). — *Indicazioni operative nelle sindromi epilettiformi post-traumatiche.* — Due casi di manifestazioni epilettiformi secondarie a traumi cranio-cerebrali. Queste manifestazioni cessavano con cure mediche. Accenna a molti casi in cui interventi non possono dare guarigione in quanto non esiste una causa aggredibile chirurgicamente.

Niosi (Pisa). — *Trauma cranico senza fratture e senza emorragia. Convulsioni e coma in nona giornata. Ampia craniectomia osteoplastica. Guarigione.* — Riferisce un caso di contusione cerebrale estesa della zona rolandica sinistra. Guarigione.

Leotta N. (Palermo). — *Lesioni craniche da elettricità.* — Ricorda un paziente che ricevette una scarica di 3000 volt sul capo seguita da disturbi immediati risolti e seguiti da cataratta bilaterale e da necrosi ampia estesa ai due tavolati. Asportò il sequestro e chiuse con due lembi secondo il suo metodo. Ricorda i pochissimi casi simili e ne discute il meccanismo. Infine discute la genesi, la prognosi e la valutazione medico-legale della cataratta da trauma elettrico.

Gioia (Pavia). — *Considerazioni sul trattamento dei traumi del cranio.* — Casi 104, di cui illustra ampiamente la sintomatologia, la cura e i risultati ottenuti.

Discussione della Relazione.

Rossi B. (Milano). — Dalle relazioni è risultata evidente la gravità dei traumi cranio-cerebrali. Accenna ai dati esposti dal Pozzi: l'aumento del loro numero e della loro gravità è in relazione all'aumento delle fratture della base e quindi alle lesioni del cervello; queste sono diffuse nelle fratture della base, limitate in quelle della volta. Se le fratture della base sorpassano la fessura danno quasi sempre la morte immediata; di 1064 casi, nelle prime 48 ore muore il 68 %. L'intervento è possibile solo nelle fratture della volta, quasi mai in quelle della base. Ha sfiducia nella craniotomia decompressiva. Condivide l'utilità della puntura lombare e consiglia di usarla; però questa ha valore solo se c'è iperpressione. Nelle lesioni della fossa cerebrale posteriore usa con riserve la puntura lombare, perchè come nei tumori di questa sede c'è pericolo del blocco nel grande forame. Afferma l'importanza della radiografia stereoscopica con cui si può vedere anche l'ombra dell'ematoma.

Lusena (Genova). — Non è esatto affermare che la cura del cefalo idrocele traumatico consista nell'escissione della sacca che non è stata rinvenuta in un gran numero di casi in cui è stata ricercata attentamente. Quadro clinico: bambini di 2 anni con frattura della volta da un lato; immediato ematoma sottoaponeurotico, che dopo 10 giorni aumenta di volume, contemporaneamente diventa pulsante, e compresso dà segni di compressione cranica. Il liquor ha formato una raccolta assieme al sangue, che poi sostituisce. In un secondo tempo la tumefazione scompare senza fenomeni; quando si aggrava si hanno i segni di una cerebropatia. Radiograficamente esiste una enorme perdita di sostanza, che si spiega con l'ammettere che l'osso non sia capace di crescere per cui con l'accrescimento del cranio i margini della frattura si allontanano.

Gamberini (Bologna). — Centotrentadue commozionati. Intervento in casi di sintomatologia a focolaio. Ha necroscopato 15 casi convincendosi che in nessuno di essi si sarebbe potuto far meglio e di più della puntura lombare. Ha avuto un caso di epilessia per frattura con penetrazione nel lobo anteriore. Fece la ricostituzione in un tempo, che usa se c'è iperpressione dimostrata dal fondo dell'occhio. Nell'epilessia posttraumatica si deve eseguire la ricostituzione della teca ossea. Ha 33 casi operati, molti con buoni risultati. Usa il metodo Righetti con lembo sottilissimo (solo il periostio) per facilitare l'adattamento.

Severi (Perugia). — Dodici casi. Il tasso glicemico è normale se non ci sono lesioni cerebrali o commozioni. L'iperglicemia era in rapporto alla gravità delle lesioni.

Alessandri (Roma). — Non è vero che le ferite di guerra sieno meno esposte all'infezione delle ferite di pace (come afferma il Relatore). Nelle ferite esposte di guerra si trovano molti corpi estranei e terriccio, il proiettile se anche riscaldato non elimina l'infezione, ma porta germi. Nelle fratture esposte si deve sempre intervenire. Nelle fratture non esposte con avvallamento, specie se della zona rolandica, anche solo del tavolato interno (che la radiografia dimostra), anche senza sintomi, occorre intervenire. I postumi epilettici nei non operati se anche del 14-17 % sono elevati e in più nella epilessia conclamata i risultati sono scarsi. Qui la chirurgia deve essere preventiva in primo tempo e non curativa in secondo tempo. Anche le lesioni di zone mute sono talora seguite da epilessia.

La puntura lombare non dà inconvenienti. Il

caso riferito dal Relatore sarà unico; in quello la spiegazione è semplice, perchè c'era un ematoma nella fossa cranica posteriore. Di solito non ci sono queste condizioni anatomiche per cui la puntura lombare, come lo dimostra l'esperienza, è innocua.

Negli ematomi della zona scollabile i sintomi sono chiari, in quelli sottodurali invece è d'accordo col R. che convenga fare delle punture craniche che se ci danno la certezza della presenza dell'ematoma ci possono far salvare la vita al paziente. Su questa via miglioreranno le statistiche della cura nei traumi cranici. La pratica delle iniezioni ipertoniche è un progresso della chirurgia, con cui forse riusciremo a prolungare la vita dei traumatizzati, e talora con un intervento reso possibile, salvarli.

La ventriculografia, in casi di traumi recenti, non può essere indicata estesamente; in periodi ulteriori le immagini che si ottengono sono molto illustrative.

Le radiografie hanno dimostrato il valore del metodo di Durante-Righetti. Anche la clinica lo ha dimostrato ed egli lo ha osservato spesso personalmente. È lieto che ciò confermi il pregio del metodo della Scuola Romana.

DONATI (Torino). — Anche egli non ammette una distinzione fra chirurgia di pace e di guerra. Nel caso particolare la questione dell'asepsi della ferita di guerra è sfatata. Non possiamo dare l'ostracismo alla sintomatologia neurologica. La radiografia può dare delle nozioni precise e specie la stereografia. Una scheggia confitta nel cervello è causa frequente di epilessia anche se in zona muta. Qui l'intervento immediato ha valore preventivo e curativo. Gli interventi per epilessia post-traumatica sono più che soddisfacenti anche se non costanti. Usa anche egli il metodo Durante-Righetti a brattee spesse, si ottiene così che il lembo non si affondi e non si deformi. Se la frattura è comminuta non occorrono lembi; altrimenti preferisce il lembo osteoplastico.

La guarigione di fratture della base con perdita di liquor ci consiglia l'adozione della puntura lombare che si può fare con tutta tranquillità.

Ha osservato in bambini, come postumi lontani, una sporgenza della teca, che si poteva considerare come dovuta a tumore.

SBROZZI (Fano). — Illustra 72 casi trattati con terapia conservativa con buon esito.

CACCIA (Roma). — Mai ha osservato che le perdite abbondanti di liquor sieno pericolose per gli operati. Dal 1915 ha fatto la proposta di curare l'ernia cerebrale allargando l'orifizio osseo. Preferisce aprire la dura a lembo, perchè la sutura è più facile.

BAGGIO (Cagliari). — Fa un primo lembo di pelle, un secondo che comprende periostio e tavolato esterno; del terzo piano, diploe e tavolato interno, asporta quanto occorre. Ribattendo i lembi si ha la chiusura immediata della breccia. Ha eseguito il metodo con successo anche nei postumi.

CAPPELLI (Ancona). — Casi clinici caratterizzati da disturbi psichico-mentali alle volte immediati, alle volte lontani dal trauma. In un caso aprì una raccolta liquida così profonda da raggiungere il fondo a 10 cm. dal tavolato. Guarigione completa. Ha un secondo caso simile. In qualsiasi avvallamento occorre intervenire. Quando non è riuscito a suturare la dura è ricorso a lembi muscolari secondo Alessandri.

FASIANI (Padova). — La radiografia nelle lesioni cranio-cerebrali si impone. Per l'encefalografia il metodo di Besta risponde allo scopo introducendo piccole quantità di aria, 25-30 cc. di aria dopo estrazione di altrettanto liquido. Solleva tutti gli avvallamenti, basta il ripristino della integrità anatomica. È favorevole al trattamento aperto per le fratture aperte.

In molti casi i fenomeni sono dovuti alla iperpressione cerebrale. La cranioresezione conduce rapidamente allo scopo; il beneficio è immediato.

CAMERA (Torino). — Illustra ampiamente la patogenesi del cefaloidrocele traumatico e ne spiega il reperto radiografico. È fautore della medicazione aperta nelle ferite aperte.

MAGRASSI. — Gli avvallamenti sono molto frequenti nei bambini; non interviene mai, perchè anche fenomeni di compressione leggera si risolvono, a distanza di anni non si notano postumi. Interviene nei bambini solo se i fenomeni di compressione sono molto gravi. La puntura lombare dà buon esito.

SOLARO. — Quattro casi di deiscenza estesa della dura con aderenze della corteccia all'osso; nel bambino crede che occorra intervenire tenendo presente la facilità di aderenze encefaliche.

D'AGATA (Messina). — La maggior parte dei casi osservati è dovuta a investimenti. È necessaria la collaborazione col neurologo e col radiologo. Ha eseguito la puntura lombare senza inconvenienti.

RIGHETTI (Bari). — È fautore della puntura lombare; una volta ha avuto ottimo risultato con la craniotomia decompressiva.

Nel trattamento delle brecce durali molti AA. hanno trovato che il trapianto ingenerava una irritazione sull'encefalo, perchè la sostituzione connettivale va al di là delle necessità. Consiglia di lasciare la breccia aperta rovesciando sopra il suo lembo osteoplastico, che non dà aderenze col cervello come ha visto sperimentalmente. In qualche caso pratica con catgut una sutura a rammendo. La dura si riforma per un tessuto che parte dalla pia, mentre il cervello si distacca dalla nuova membrana per imbibizione di liquor e per le pulsazioni.

I Relatori chiudono la discussione mettendo in evidenza l'importanza dell'indirizzo curativo nei traumatismi cranio-cerebrali quale è risultata dalla discussione odierna.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La splenocontrattilità adrenalinica nelle splenomegalie primitive.

Sulla splenocontrattilità all'adrenalina esiste ormai una estesa letteratura; C. Starnotti (*Riv. Clin. Med.*, n. 6, marzo 1930) ha voluto ricercare in sette ammalati con splenomegalia se la contrattilità adrenalinica poteva sopratutto facilitare il problema diagnostico nel senso di esaltare o diminuire certe caratteristiche ematologiche e certe proprietà fisico-chimiche del sangue, in queste forme morbose.

In tutti i casi sono stati eseguiti i seguenti esami: emocromocitometrico, pressione arteriosa, tempo di emorragia e di coagulazione, prova del laccio e del martello, resistenza globulare, reazione di Hijmans van den Bergh.

Da tutte queste ricerche emerge che la milza si è contratta in 6 casi su 7, nello spazio di 20 minuti, senza mai provocare disturbi di sorta. Nel caso in cui non si ebbe contrazione, esistevano aderenze peritoneali, controllate chirurgicamente.

La pressione arteriosa è sempre aumentata, in relazione all'iniezione di adrenalina; il comportamento del tempo di emorragia e di coagulazione, la prova del laccio, la resistenza globulare, la reazione di Hijmans v. d. Bergh non hanno fornito sufficienti criteri discriminativi.

L'esame invece emocitometrico s'è modificato insieme alla contrattilità splenica, e precisamente: i globuli rossi ed i bianchi sono aumentati; l'emoglobina ed il valore globulare non han subito variazioni; le piastrine sono aumentate; la formula leucocitaria ha mostrato aumento dei linfociti, con diminuzione dei polinucleati; nell'unico caso in cui non vi fu splenocontrattilità non si ebbe modificazione del quadro ematologico.

La splenocontrattilità adrenalinica non costituisce quindi un mezzo diagnostico differenziale, non ha effetti terapeutici se usata a lungo, non fornisce un criterio di operabilità, ma ha soltanto valore semeiologico.

CARUSI.

La sindrome spleno-aortica nella diagnosi di lue.

Per la diagnosi di lue oltre alle lesioni dell'aorta nel senso di aortite luetica R. Korbsch (*Medizinische Klinik*, 27 dic. 1929) afferma che occorre dare anche valore all'ingrossamento della milza. Le lesioni dei due organi spesso sono contemporanee, tanto da poter parlare di una sindrome spleno-aortica.

Sia dal punto di vista clinico che da quello radiologico è facile ad essere individuata; ad ogni modo il tumore di milza deve con più facilità far ammettere la natura luetica di un'aortite.

Tale sindrome si ritrova con frequenza nelle forme luetiche tardive, anche con i dati sierologici negativi, per cui, secondo l'A., ad essa si deve dare un valore probante, anche quando la R. W. sia negativa, nel riconoscimento della forma luetica. A. P.

CASISTICA.

Rapporti tra tubercolosi e pubertà.

All'epoca della pubertà si osserva spesso (L. Maas, *Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 6, 1930) un aggravamento: immediatamente prima, durante o dopo la pubertà si riattivano processi latenti, si accelera il ritmo dei processi in evoluzione, si estende ulteriormente l'infezione. I processi tubercolari gravi sono molto più frequenti nelle bambine dopo i 13 anni che in quelle di età più giovane (non mestruate) 31 % nelle prime, 5 % nelle seconde. La sintomatologia corrisponde a quella di altri periodi in cui è fisiologica la vagotonia: si deve perciò ricercare uno dei fattori che determinano il decorso della tubercolosi della pubertà, nell'alterato equilibrio del sistema nervoso vegetativo. Un altro fattore è l'alterata situazione endocrina, specialmente la comparsa in circolo dell'ormone ovarico. Nell'epoca della pubertà prevalgono fortemente le tubercolosi di singoli organi, con reazione tissurale prevalentemente essudativa, sulle affezioni dell'epoca primaria e secondaria ed anche sulle forme ematogene-disseminate. La tendenza essudativa si osserva non solo nelle affezioni dei polmoni, presenti nella grande maggioranza dei casi, ma anche nelle relativamente rare affezioni ossee: gravi processi caseosi che si rammolliscono rapidamente, che interessano vaste zone e danneggiano gravemente, per lungo periodo, tutto l'organismo. Nei singoli casi si osservano notevoli differenze di decorso di processi eguali: così un'infiltrazione precoce in un caso si continua con una tisi progressiva, in un altro caso si indurisce, in un altro ancora anche dopo rammollita guarisce con o senza difetto. Le cause di questa diversità di comportamento ci sono ancora del tutto sconosciute.

POLLITZER.

Struttura e formazione degli infiltrati polmonari.

La natura e l'essenza dell'infiltrazione precoce sono ancora discusse. Alcuni autori (soprattutto Loeschke e Graff) considerano come loro punto di partenza, antichi focolai apicali, li attribuiscono quindi ad infezione per via endobronchiale; altri invece ritengono che l'in-

filtrazione precoce si determini per via ematogena, altri infine credono che essa si possa determinare per vie diverse, esogene oppure endogene, endobronchiale oppure ematogena. Può portare un contributo alla discussa questione il caso studiato da Rubinstein e Pozarijsky (*Zeitschr. f. Tuberk.*, n. 3, 1930). Per svelare in modo sicuro fino le minime alterazioni dei polmoni estratti dal cadavere, essi hanno trovato utilissimo l'esame radiologico dei polmoni insufflati; ritengono tale metodo di ricerca indispensabile in tutti gli studi di tal genere. Il caso concerne un giovane di 16 anni, ammalatosi improvvisamente di una malattia non diagnosticabile da principio, simile a tifo; dopo 6 settimane di malattia morte dopo sintomi tipici di meningite. All'autopsia si trovò una tubercolosi disseminata ematogena con meningite, un'infiltrato essudativo-caseoso-pneumonico nel lobo medio del polmone destro e caseificazione delle glandole bronchiali. L'esame istologico dell'infiltrato dimostrò trattarsi di un processo recente essudativo pneumonico con iniziale necrosi caseosa e piccolissimi tubercoli sottopleurici alla periferia dell'infiltrato.

L'esame radiologico dei polmoni insufflati dimostrò la completa assenza di qualsiasi alterazione patologica all'infuori dell'infiltrato. L'esame istologico in serie della regione apicale destra non dimostrò alcuna alterazione recente, nè tessuto cicatriziale, nè altri segni sospetti di processi tubercolari passati. Si può quindi escludere che l'infiltrato si sia originato da alterazioni tubercolari recenti o antiche della regione apicale. L'affermazione di Loeschke, che la disseminazione di grossi grani tubercolari possa avvenire soltanto per via broncogena, da cicatrici apicali atelettasiche o da antichi focolai apicali caseosi, non si è in questo caso speciale dimostrata esatta. Il decorso clinico e i risultati anatomo-patologici fanno ritenere con molta probabità che l'infiltrato si sia determinato per reinfezione ematogena.

POLLITZER.

La sindrome pseudocavitaria nelle sclerosi pleuro-polmonari con deviazione tracheale.

È risaputo della necessità di tener presenti nell'esplorazione radiologica polmonare l'esistenza di immagini pseudocavitarie. D'altra parte, al contrario, l'esplorazione radiologica permette di constatare che alcune sindromi stetoscopiche del tipo cavitario, non sono che sindromi pseudocavitarie. Sono queste ultime sindromi, corrispondenti ad uno stato di sclerosi polmonare con deviazione della trachea, studiate dal Sergent e Stoichitza negli *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1929, n. 4.

Le osservazioni cliniche dal Williams in poi sono numerose: tutte, si può quasi dire, sono calcate le une sull'altra: si tratta quasi sempre di malati già precedentemente colpiti da una tubercolosi polmonare, avente una evoluzione fibrosa, lenta: la sindrome pseudocavitaria per deviazione tracheale da sclerosi retrattile fa parte del processo di sclerosi pleuro polmonare già scoperto dal Laennec: le osservazioni di questi non sono state che confermate dalla radiologia. Gli AA. distinguono due gruppi: 1) la sindrome pseudocavitaria per sclerosi retrattile non tubercolosa; 2) la sindrome pseudocavitaria per sclerosi retrattile tubercolosa.

Nel primo gruppo apportano casi di dilatazione bronchiale e di sifilide secondaria; in essi si avevano sintomi cavitari dell'apice destro e della regione ilare corrispondente. Nel secondo gruppo si notano diciassette osservazioni: in esse la sindrome è più frequente a sinistra che a destra, più frequente nelle donne che nell'uomo. La deviazione era quasi rettilinea, il calibro era normale, regolare; è stato notato che per lo più la sclerosi polmonare coesisteva con la sclerosi pleurica sia questa determinata dallo pneumo artificiale, sia questa spontanea.

In due casi la sclerosi polmonare aveva esercitato una trazione oltre che sulla trachea anche sui bronchi compresi nel tessuto scleroso producendo dilatazioni bronchiali multiple.

In totale dunque vi sono nelle osservazioni degli AA. l'85 % di sclerosi tubercolari, contro 15 % di sclerosi non tubercolari. La sindrome è conseguenza di evoluzione cicatriziale: la diagnosi può essere presumibile per il buono stato generale, per la scarsa espettorazione, talora assente, per la temperatura quasi normale. La diagnosi clinica è sospettata specialmente per le deformazioni toraciche, ma controllata e confermata dall'esame radiologico.

MONTELEONE.

TERAPIA.

L'insulinoterapia coadiuvante dell'encefalite epidemica e delle sue sequele parkinsoniane e psichiche.

Tale terapia è stata applicata con successo da I. Froment e M. Chambon (*Journ. Méd. de Lyon*, n. 256, settembre 1930).

Nel parkinsoniano sarebbe alterato il meccanismo regolatore delle attitudini e dell'adattamento ai diversi modi statici, per cui l'organismo viene continuamente sottoposto ad un sovraffaticamento, che finisce col produrre la cachessia del malato. E' per questo che l'insulina esercita la sua azione eutrofica, la quale si rende manifesta anche allorquando l'aggravarsi dell'impotenza e il decadimento ulteriore dello stato generale richiede l'associazione terapeutica dell'ioscina.

L'insulina poi, oltre al parkinsonismo con le sue conseguenze, sembra atta a modificare

anche certi stati psichici dell'encefalite epidemica; stati confusionali lievi, o ansiosi a tipo pseudo-nevropatico, o stati onirici.

L'azione dell'insulina si svolge sopratutto in corrispondenza del muscolo, facilitando l'ossidazione del glucosio e la sintesi del glicogeno, per cui si ristabilizza il metabolismo muscolare normale, con scomparsa dell'acido lattico e preservazione delle sostanze proteiche.

Ad appoggiare le loro vedute gli AA. riportano due storie cliniche nelle quali tale benefica azione terapeutica apparisce ben evidente.

M. FABERI.

Il siero di antico malato nel trattamento delle poliomieliti.

L'impiego di tale siero viene ancora una volta esaltato per la sua utilità da A. Netter (*Presse Médic.*, n. 70, 30 agisto 1930), riportando abbondanti cenni sulla più recente letteratura dell'argomento.

La via d'introduzione migliore si è dimostrata per l'A., quella endomuscolare, usando, in caso d'urgenza, e in mancanza di riserve di siero, il sangue totale citratato per renderlo incoagulabile.

La quantità di siero complessiva, variando il numero delle iniezioni a seconda della gravità del caso, raggiunse il massimo di 60-89 cent. cubici, raddoppiando tale cifra in caso d'impiego di sangue totale.

La provvista di siero non è molto difficile a farsi, essendo numerosi i soggetti che ebbero a soffrire la malattia; nelle fiale ben chiuse, poi, tale siero conserva la propria attività per parecchi anni.

In caso d'epidemia ci si potrebbe avvantaggiare anche del sangue dei membri di famiglia o del personale ospitaliero che fossero eventualmente stati a contatto di poliomielitici.

Naturalmente, l'efficacia massima si constaterebbe usando il siero nel periodo preparalitico, pur avendosi buoni risultati allorquando i fatti paralitici sono comparsi.

M. FABERI.

Il trattamento delle nevralgie e delle neuriti brachiali.

E. Freund (*Die Ther. an der Wien. Klin.*, F. Deutike ed. Vienna-Lipsia, 1930), osserva che il trattamento delle neuriti e delle neuralgie brachiali varia a seconda della loro causa. In molti casi, le applicazioni locali di caldo non sono bene sopportate e meglio si confanno le pratiche sudatorie generali e gli impacchi di fango a temperatura assai moderata. Come metodo di scelta, sono da consigliarsi la galvanizzazione stabile decrescente, con grande elettrodo e, nei casi più antichi, l'irradiazione irritatrice con la lampada di quarzo.

L'A. si è giovato molto dell'applicazione di radio: I mg. su 100 cmc., per una cura di 80 ore, cioè otto ore per 10 giorni. Anche l'applicazione di deboli preparati radioattivi (pechblenda uranica, fango di mesotorio) hanno dato buoni risultati; tali preparati possono essere portati a lungo senza pericolo di sorta.

Nei casi di intensità leggera e media della neuralgia del trigemino, la galvanizzazione stabile è il metodo di scelta; essa però, nei casi gravi è inefficace. Alcuni individui reagiscono bene alla diatermia, procedimento che, secondo l'A., è infido.

Per quanto riguarda il massaggio e la ginnastica, l'A. consiglia grande cautela ed una speciale accuratezza. Esso va applicato dal medico stesso o sotto la sua diretta sorveglianza, evitando ogni ipereccitazione; si faranno sfregamenti e vibrazioni assai leggere, tenendo presente che le manovre brusche possono determinare peggioramenti e ricadute. *fil.*

La terapia dello scollamento retinico.

Sourdille (*Journées méd. de Bruxelles*, 1930) adotta il sistema seguente. Evacuazione del liquido sottoretinico mediante parecchie punture sclero-retiniche; si determina, in tal modo, una vera fistolizzazione verso il vitreo e verso la regione sottocongiuntivale; la puntura si fa col coltellino di Graefe o col cauterio. Inietta poi, sotto la congiuntiva 2 cmc. di soluzione di cianuro di mercurio a 1/1000, fino a 1/800, con aggiunta di acoina, in modo da produrre un'irritazione coroidea intensa che favorisce una sinfisi corioretinica. Le punture si fanno nella regione dello scollamento primitivo e, se questo non esiste più, le punture e le iniezioni si fanno nella regione supero-esterna del globo oculare, dove, secondo l'osservazione clinica, si trova abitualmente.

I risultati sono incoraggianti; su 195 occhi così trattati, l'A. ha ottenuto 73 guarigioni complete. L'operazione deve essere al più possibile precoce; il 50 % delle guarigioni sono state ottenute in scollamenti che datavano da meno di un mese; si possono però ottenere dei buoni risultati anche dopo 6 mesi od un anno.

Si terrà presente anche lo stato generale che ha provocato lo scollamento e specialmente l'alterazione che lo procede. L'A. consiglia le iniezioni di cianuro di mercurio, con cui ha potuto prevenire lo scollamento nell'altro occhio. Si farà anche grande attenzione alla ipertensione. *fil.*

IGIENE.

I sistemi di epurazione dei molluschi lamellibranchi.

G. Police (*Boll. di Pesca ecc.*, mag-giu. 1930) rileva che gli allevamenti di ostriche e di mitili sogliono aver luogo in acque inquinate, per modo che questi molluschi contengono in forti proporzioni i batteri intestinali umani.

Basta però tenerli in acque pulite, dette « immuni », perchè si liberino automaticamente dei germi d'origine fecale in pochi giorni (si richiede più tempo per i mitili che per le ostriche).

In Francia questa autodepurazione viene ottenuta facendo stabulare i molluschi per 7-10 giorni in acqua filtrata attraverso filtri lenti a sabbia.

L'A. ha dimostrato che si può anche far uso di acqua raccolta a 10-15 m. di profondità, la quale non contiene batteri del gruppo *coli*.

A Taranto i molluschi vengono risciacquati con acqua ozonizzata; ma questo trattamento non può avere altro scopo che una sterilizzazione esterna. I molluschi sono già depurati. L'allevamento di essi viene fatto in acque non immuni; ma poi l'ingrassamento ha luogo in acque dichiarate immuni, ed ivi si compie l'autodepurazione.

In Inghilterra e negli Stati Uniti, infine, si ricorre ad acque clorizzate; basta una dimora dei molluschi di 48 ore, perchè siano depurati. Gli è che le tracce di cloro esercitano un'azione lievemente irritante, che provoca produzione di molto muco, il quale trascina con sè i germi. I germi eliminati vengono uccisi dal cloro, che determina anche la sterilizzazione esterna delle valve.

Oltre che rapido, questo processo è economico. L'esperienza ne dimostra l'efficacia.

L'A. crede che si potrebbe combinare il metodo della depurazione in acqua clorizzata col lavaggio in acqua raccolta ad una certa profondità.

(*Annali d'Ig.*, ag. 1930). A. B.

Alcuni problemi d'igiene pubblica riguardanti la brucellosi.

Un bollettino pubblicato recentemente dall'Ufficio d'Igiene della California (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 13 sett. 1930) dopo aver fatto la storia e aver ricordato le principali caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della brucellosi, prescrive alcune norme da seguire per combattere l'infezione.

In ogni caso in cui si sospetti che l'infezione provenga da latte di animali con aborto si farà la prova dell'agglutinazione e, se occorre, l'inoculazione nella cavia di campioni di latte centrifugato. Si tenga anche presente che è possibile che piccole quantità di b. abortus ingerite ripetutamente diano infezioni di forma lieve e che facilmente passa inosservata.

Le misure da adottarsi a scopo profilattico sono le seguenti:

1) Gli animali che risultano infetti devono essere isolati e il loro latte non deve essere utilizzato. Il latte pastorizzato sarà distribuito al pubblico solo dopo che un esame di controllo ne avrà garantita l'innocuità. A domicilio il latte crudo dev'essere bollito per almeno 5'.

2) Gli animali che risultano immuni continueranno a fornire il latte. Non si aggregheranno all'azienda produttrice di latte nuovi animali senza che abbiano subito due prove sierologiche per la Brucella e l'intervallo fra le due prove deve oscillare dalle due alle sei settimane. Ad intervalli di non più di sei mesi si controlleranno sierologicamente gli animali che erano risultati immuni.

I vitelli nei primi mesi di vita sono refrattari all'infezione da brucella anche se ingeriscono germi col latte materno, ma coll'avanzarsi dell'età diventano essi pure suscettibili ad infettarsi. Lo stesso si può dire per i bambini lattanti nei quali l'infezione per lo più non attecchisce; però è sempre prudente che il latte pastorizzato sia portato per oltre 40' a 140 F., temperatura che uccide le brucelle abortus più resistenti. R. LUSENA.

La permanenza dei bacilli specifici nei convalescenti di difterite.

Da ricerche di T. Nigra (*Clinica ed igiene infantile*, 15 giugno 1930) risulta che i bacilli difterici scompaiono nel convalescente di difterite, sia nel caso di semplice angina che in quello di crup, in media nel 60 % entro le prime settimane e nel 35 % nella quarta-quinta settimana dall'inizio della sieroterapia. In un'infima percentuale, il bacillo difterico rimane dopo la quinta e sesta settimana.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Trattamento dell'orticaria - All'abb. n. 4760.

Nei casi di manifestazioni orticariane di lunga durata, bisogna anzi tutto domandarsi se non si sia in presenza di forme in rapporto con alterazioni del sangue (linfadenie, leucemidi).

Nell'orticaria vera e propria, quando non si sia riusciti ad identificare l'agente o sostanza mal tollerati che producano l'eruzione e siano risultate vane le cure abituali ed i più moderni metodi così detti disensibilizzanti (fra cui l'auto-emo e l'auto-sieroterapia) sarà bene rivolgere l'attenzione al sistema endocrino (tiroide), con le cui disfunzioni molti pensano esser legato il processo eruttivo. La tiroidina infatti, a piccole dosi e se non vi sono controindicazioni, sembra talvolta essere di qualche giovamento. Altri consiglia, invece dell'adrenalina, il cloridato di pilocarpina (1 gr.).

V. MONTESANO.

Sulla stenosi mitralica. — Al dott. M. L. abb. n. 3643.

Troverà tutte le indicazioni richieste nel vecchio trattato di HUCHARD, che sull'argomento è ancora degno di essere letto, con una certa

larghezza; l'argomento è anche svolto dal VAQUEZ nel suo trattato moderno sulle malattie di cuore.

E' difficile rispondere con consigli terapeutici ai suoi quesiti, i quali, se richiedono conoscenze generiche comuni al trattamento delle cardiopatie, richiederebbero la conoscenza diretta del caso particolare.

Anche sulla durata della vita non valgono le statistiche, ma bisogna tenere come fondamenta del giudizio la difficile valutazione delle forze di riserva del cuore e la possibilità delle embolie, che in casi particolari possono contradire a qualunque statistica di durata media della vita.

PONTANO.

Al dott. F. Gherardi, da Arezzo:

Consulti: H. MAUBAN. *L'aérophagie.* Masson, éd., Paris; A. DOBROVICI. *L'Aérophagie, signes, mécanisme, traitement.* Doin., ed. Paris. Quest'ultimo è più recente. *fil.*

Esami di libera docenza in terapia clinica. — Al dott. A. P. S. T.

Non esiste un esame di libera docenza in terapia clinica. Come trattati utili potrà riscontrare il trattato di terapia clinica nella medicina pratica del Ferrannini, edito dal Pozzi.

t. p.

Chinina e alterazioni renali. — Al dott. S. B. da B., Ragusa:

Conviene accertare con esame di sangue se trattasi veramente di malaria; in tal caso nessuna controindicazione ha l'uso della chinina nelle condizioni del rene.

Poichè febbre e segni di nefrite emorragica seguono ad una tonsillite sarà anche opportuno praticare una emocultura poichè nefrite a focolaio e febbre sono i segni frequenti di una infezione streptococcica penetrata per le tonsille.

T. PONTANO.

VARIA.

La preghiera del medico.

Questa preghiera, che differisce dal giuramento di Ippocrate per una più profonda percezione psicologica, è stata dettata da Mosè Maimonide, medico ebreo di Cordova, dove ha vissuto dal 1135 al 1204:

Riempi la mia anima con l'amore per l'arte e per tutte le creature. Non ammettere che la sete del guadagno e la ricerca della gloria influiscano su di me nell'esercizio della mia arte, poichè i nemici della verità e dell'amore degli uomini potrebbero facilmente ingannarsi ed allontanarmi dal nobil dovere di fare del bene ai tuoi figli.

Sostieni la forza del mio cuore perchè sia sempre pronto a servire il povero ed il ricco, l'amico ed il nemico, il buono ed il malvagio.

Fa sì che io non veda che l'uomo in colui che soffre. Che il mio spirito rimanga chiaro vicino al letto del malato, che non sia distratto da nessun pensiero estraneo, in modo che esso abbia sempre presente tutto quanto l'esperienza e la scienza gli hanno insegnato poichè grandi e sublimi sono le ricerche scientifiche che hanno per scopo di conservare la salute e la vita di tutte le creature.

Fa sì che i miei malati abbiano fiducia in me e nella mia arte e che essi seguano i miei consigli e le mie prescrizioni.

Allontana dal loro letto i ciarlatani, l'esercito dei parenti dai mille consigli e gli infermieri che sanno sempre tutto, razza iniqua e dannosa che, per vanità, manda a vuoto le migliori intenzioni dell'arte e porta spesso le creature a morte.

Se gli ignoranti mi biasimano e mi beffeggiano, fa sì che l'amore per la mia arte, come una corazza, mi renda invulnerabile, in modo che io possa perseverare nel vero, senza riguardo al prestigio, alla rinomanza ed all'età dei miei nemici.

Concedimi, o Dio, l'indulgenza e la pazienza con i malati testardi e grossolani. Fa sì che io sia moderato in tutto, ma insaziabile nel mio amore per la scienza. *Allontana da me l'idea che io sappia tutto e possa saper tutto.* Dammi la forza, la volontà e l'occasione di allargare sempre più le mie conoscenze. Io posso oggi scoprire nel mio sapere delle cose che io non supponevo ieri, poichè l'arte è grande, ma lo spirito dell'uomo penetra sempre più avanti. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. COLLORIDY BEY. *Contributo a l'étude des accidents respiratoires consecutifs aux injections intraveneuses du cyanure de mercure.* — Alessandria d'Egitto, 1930.

G. COLLORIDY BEY. *La méthode de Wipple dans le traitement des anemies pernicieuses.* — Alessandria d'Egitto, 1930.

R. MATTIOLI. *Il trattamento delle linfoadeniti acute.* — Tip. Agnesotti, Viterbo, 1929.

I. ABBA. *Statistica del cancro in Italia e in Torino.* — Min. Medica, orino, 1930.

C. MARSIGLI. *Un caso di megaesofago in gravidanza.* — Arti Graf. Liguri, Spezia, 1930.

R. VARRIALE. *Il situs viscerum inversus.* — Tip. Operaia Roma, 1929.

M. JOSCLEVICH. *Patogenia de la Insuficiencia cardiaca en la Sinfisis Pericardica.* — Buenos Aires, 1929.

A. PASQUALIS-POLITI. *El diagnostico a traves del iris y la cura de Asuero.* — La Ciencias, Buenos Aires, 1929.

R. SIMONETTI. *Contributo allo studio della malattia di Still.* — Tip. L. Niccolai, 1930.

S. PAOLILLO. *La costituzione fisica secondo i moderni concetti e la selezione dei militari.* — Pol. dello Stato, 1930.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno dei Sindacati Medici del Mezzogiorno.

Si è tenuto il 20 settembre a Bari, in occasione della I fiera del Levante.

Alla seduta inaugurale, svoltasi nell'Aula Magna della R. Università Adriatica « Benito Mussolini », intervennero il prefetto S. E. Cavalieri, il commissario del Comune dott. Vella, il preside della Provincia prof. Viterbo, il segretario federale col. d'Alonzo, il Rettore Magnifico prof. Mariani ed oltre duecento medici dei Sindacati Provinciali di Bari, Brindisi, Foggia, Lecce, Taranto, Potenza, Avellino, Benevento, Napoli e Salerno.

Assunse la presidenza il Segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici on. prof. Ermanno Fioretti, circondato dai gerarchi sindacali avv. De Bernardis, anche in rappresentanza dell'on. Di Giacomo, Capo della Confederazione dei Sindacati Professionisti ed Artisti, prof. Gallerani, ispettore dei Sindacati intellettuali per la Provincia di Bari, dott. Antonio Cazzella, segretario amministrativo del Sindacato Nazionale, prof. Urbano Sorrentino, segretario del Sindacato Provinciale di Napoli, dott. Trulli, rappresentante dei Medici Condotti, dott. Angelucci, dell'Ordine dei Medici di Roma, dott. Fraschetti, redattore capo de « La Federazione Medica ». Il dott. Palumbo, del Direttorio del Sindacato di Bari, recò il saluto del senatore prof. Guaccero, segretario del Sindacato, impedito di intervenire per recente grave lutto, e dei medici di Bari. L'avv. De Bernardis portò il saluto di S. E. Bottai, Ministro delle Corporazioni, e dell'on. Di Giacomo, presidente della Confederazione dei Sindacati Professionisti ed Artisti.

L'on. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, portò il saluto di S. E. Turati, segretario del P. N. F., e ringraziò le Autorità intervenute. Pronunziò poi un magistrale discorso, illustrando l'attività spiegata dal Regime a favore della salute pubblica e della integrità della razza, ed esponendo infine l'opera svolta dal Sindacato Nazionale per la tutela dei medici iscritti.

Tra le benemerenze del Regime nella difesa della salute pubblica, segnalò particolarmente: l'incremento dato ai servizi della Sanità pubblica; i miglioramenti arrecati al trattamento e alla carriera del personale sanitario dell'Amministrazione dello Stato e degli Enti locali; il nuovo regolamento per i laboratori d'igiene e profilassi; il controllo sull'esercizio professionale delle ostetriche, sulle case e pensioni per gestanti, sui presidii medici e chirurgici per la repressione dell'aborto provocato; il perfezionamento della organizzazione di profilassi contro le malattie infettive endemiche ed esotiche; l'incremento delle opere di risanamento urbano e rurale; la bonifica integrale; l'intensificazione della lotta contro le malattie sociali, di cui è massimo esponente l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, che si estende ad oltre otto milioni di assicurati; la lotta contro la malaria, con l'istituzione della Scuola Superiore di Malariologia in Roma; i provvedimenti per la lotta contro il cancro e per la difesa contro la lebbra; la creazione di una potente organizzazione pel miglioramento della razza culminante nella istituzione dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia; il miglioramento dell'assistenza ospedaliera; la creazione di Scuole-convitto per infermiere e per assistenti sanitarie; l'enorme sviluppo conferito alle Colonie marine e montane, sotto la diretta vigilanza delle Federazioni Provinciali del Partito Nazionale Fascista; la creazione della specialità dei Medici sportivi, ecc.

Passò poi ad esporre il lavoro del Sindacato Nazionale, di fronte ai principali problemi della classe. Riferì sulle basi per la costituzione di una Cassa di Previdenza; illustrò la vasta organizzazione di assistenza medica agli sports; ricordò i deliberati della riunione della Sezione tecnica idrologica del Sindacato Nazionale, dimostrandone la portata nel campo pratico; e, dopo avere accennato all'opera svolta nell'interesse della classe, limitando il dilagare delle forme di assistenza gratuita, e stabilendo convenzioni con l'Associazione Nazionale Ferrovieri dello Stato, sulla base di eque tariffe, e con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, per le visite mediche agli assicurati, nonchè intervenendo a correggere e migliorare convenzioni con Enti locali, si fermò a precisare il punto di vista del Sindacato rispetto al problema delle mutue, che è di ferma difesa del principio del pagamento a notula e della libera scelta, sempre quando non intervengano condizioni tali da impedire la pratica attuazione di questo sistema, nel qual caso si pretenderanno garenzie tassative sia per la entità del compenso, sia per la scelta dei Medici.

Sulla questione delle mutue ebbe luogo una elevata discussione alla quale parteciparono i dottori Grimaldi (relatore), Quaranta, Podestà, Renda e Mannarini, tutti concordi nell'esprimere piena fiducia verso il Sindacato Nazionale.

Il dott. Alberto Botti, del Direttorio del Sindacato Medico di Napoli, trattò poi, in una conferenza, della « Valorizzazione idroclimatica dell'Italia del Mezzogiorno ».

L'on. Fioretti, dispose per l'integrale pubblicazione di essa ne « La Federazione Medica ».

L'assemblea alla chiusura dei lavori tributò una fervida manifestazione di plauso all'on. Ermanno Fioretti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica ed Assistente della Sezione Chimica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Scadenza 15 dicembre 1930, ore 18. Per informazioni e domande rivolgersi Segreteria Generale Amministrazione Provinciale. (V. prec. N. 42).

APECCHIO (*Pesaro*). — Proroga al 15 nov.

ASCOLI PICENO. — Proroga a tutto 31 ott.

BORTIGALI (*Nuoro*). — Scad. 20 nov.; L. 9000 e 4 quinquenni decimo, oltre L. 1000 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BRESCIA. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti:

a) Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profi-

lassi, con l'annuo stipendio di L. 12.000 più L. 3500 di supplemento servizio attivo;

b) Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, con l'annuo stipendio di L. 11.000 più L. 3000 di supplemento servizio attivo. Le domande di ammissione al concorso, corredate dei prescritti documenti, dovranno essere presentate non più tardi delle ore 16 del giorno 30 novembre 1930-IX. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione in Brescia, Palazzo Broletto.

CAPRINO BERGAMASCO (*Bergamo*). — Scad. 25 dic.; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre L. 650 uff. san., L. 400 ambulat.; età lim. 40 a.

CASTAGNARO (*Verona*). — A tutto il 30 nov.; L. 8000 e 5 quadrienni dec. per 700 pov., addizion. L. 5, c.-v. in L. 2320 se coniugato, L. 1600 se celibe; L. 1000-2500-3000 trasp.; L. 600 ambulat.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° ott.; tassa L. 50,10.

CASTELNUOVO CILENTO (*Salerno*). — Scad. 16 nov.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., L. 1500 trasp.; età lim. 45 a.

CERIANO LAGHETTO (*Milano*). — Consorzio con Cogliate e Solaro. A tutto 9 novembre 1930 è aperto concorso al posto di medico consorziale pei Comuni indicati. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Ceriano Laghetto.

CHIVASSO (*Torino*). *Ospedale Civico.* — Scad. 15 nov.; assistente interno; rivolgersi Segreteria.

CREMA (*Cremona*). *Consiglio degli Istituti Spedalieri.* — Per titoli. Medico assistente. Scadenza 31 ottobre. (V. prec. N. 42).

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Direttore sanitario con residenza in Careggi. Primario, aiuto e assistente per il Sanatorio di Careggi. Aiuto medico e assistente per il R. Arcispedale di S. Maria Nuova. Scad. ore 12 del 31 dic. Per informazioni e avviso di concorso rivolgersi alla Segreteria dell'Arcispedale. (V. prec. N. 42).

GENOVA. *R. Prefettura.* — (Vedere più oltre).

GUSSAGO (*Brescia*). — Scad. 31 ott.; 1° reparto; L. 8000 oltre c.-v., L. 1800 trasp., L. 1200 serv. alternativo uff. san., L. 1500 turno Ospedale. Preferenze: titoli medic. e ostetr.

IESI (*Ancona*). — Scad. 15 nov.; 2ª cond.; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3000 trasp.; età lim. 35 a.; voti esami spec. e di laurea.

LAPEDONA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 oltre L. 1000 indenn. forese, L. 500 indennità laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MESSINA. *Ospedale Consorziale « Regina Margherita ».* — Primario di medicina e medico assistente; scad. 30 gg. dal 14 ott.; rispettivam. annue L. 1700 e 1200, oltre c.-v. in annue L. 210 e L. 126 se ammogliati e indennità accesso in annue L. 600 per ciascun posto; età lim. a. 50 e 35; partecipaz.

MONTECARLO VERSIGGIA (*Pavia*). — Scad. 15 dic.; con Lirio; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 300 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTECCHIA DI CROSARA (*Verona*). — Scad. 21 dic.; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1200 c.-v., quota integrativa L. 780 se celibe, 20 % sullo stipendio se ammogliato; L. 700 per alloggio e ambulanza; L. 1000-2000-3000 trasporto; certificato biennale di prova; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MONTEFIORE CONCA (*Forlì*). — Al 30 ott., ore 12; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre le indenn. c.-v.; se uff. san. L. 300; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 ott.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 31 ott.; consorzio; L. 10.000 e 6 aumenti, oltre L. 900 uff. san., L. 3500 cavalc., L. 600 alloggio; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

RIVA DI GARDA (*Trento*). *Ospedale Civile.* — Scad. 31 ott. Chirurgo primario e direttore. Rivolgersi all'Ufficio della Congregaz. di Carità.

SAMASSI (*Cagliari*). — Scad. 30 ott.; L. 9000 e c.-v.; servizio obbligat. presso la Bonifica Pimpusi, spese trasporto a carico della Direz.

SAMBONIFACIO (*Verona*). — Scad. 10 nov.; lire 8000 e 4 quinquenni dec., c.-v.; quota integrativa 20 %, per bicicletta L. 1000; età lim. 40 a.; tre anni di condotta o due d'ospedale; tassa L. 50.

S. GREGORIO DELLE ALPI (*Belluno*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

SIMAXIS (*Cagliari*). — Proroga a tutto 10 nov.

R. PREFETTURA DI GENOVA.

Concorso al posto di Ufficiale Sanitario e di Direttore dell'Ufficio Municipale d'Igiene del Consorzio: Arenzano, Mele, Campoligure, Rossiglione e Masone, con una superficie di ettari 14.098 e una popolazione di 19.281 abitanti.

Concorso per titoli ed esami al posto di Ufficiale Sanitario e Direttore dell'Ufficio di Igiene di ciascuno dei sopraindicati Consorzi, secondo le norme del Testo Unico delle leggi Sanitarie, 1° agosto 1907, N. 636, del Regolamento 19 luglio 1906, N. 466, del R. D. 30 dicembre 1923, N. 2889, del R. D. 29 novembre 1925, N. 2266 e del D. Ministeriale 6 febbraio 1926.

Condizioni principali di assunzione:

Stipendio L. 14.000 annue, aumentabili di 10 bienni di lire 700 ciascuno.

Compenso annuo di L. 2000 per visite settimanali ordinarie in ciascun Comune, oltre il rimborso delle spese di trasporto.

Per le visite straordinarie sarà corrisposta l'indennità di viaggio e di soggiorno stabilita per il personale della Sanità Pubblica del Ministero dell'Interno.

All'Ufficiale Sanitario eletto è assolutamente vietato il libero esercizio della professione medico-chirurgica.

Le domande di ammissione al concorso redatte su carta bollata da L. 3 dovranno essere presentate alla R. Prefettura di Genova, non più tardi delle ore 17 del giorno 31 dicembre corrente anno: trascorso detto termine non si terrà più conto delle domande che venissero presentate.

Ogni domanda dovrà essere corredata dei seguenti documenti legalizzati e conformi alle prescrizioni della legge sul bollo:

1) certificato di nascita;

2) certificato di cittadinanza italiana;

3) certificato di non aver subìto condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del T. U. della legge comunale e provinciale, approvata con R. D. 4 febbraio 1915, N. 148, salvo che la

condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia;

4) certificato di buona condotta morale e politica;

5) diploma di laurea in medicina e chirurgia, in originale o copia notarile, per i laureati entro il 31 dicembre 1924 o entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, N. 2909; o diploma, in originale o copia notarile, dell'esame di Stato per gli abilitati all'esercizio della medicina e chirurgia dopo il 1° gennaio 1925;

6) certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva;

7) certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica.

I certificati di cui ai N. 2, 3, 4 e 7, debbono essere di data non anteriore a tre mesi a quella del presente avviso.

Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici, possibilmente in cinque esemplari ciascuno, e di carriera, che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti, e il secondo gli sarà restituito con dichiarazione di ricevuta.

I concorrenti non debbono superare alla data di pubblicazione del presente bando di concorso l'età di anni 45, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, N. 1290, dell'art. 26 del R. D. 30 dicembre 1923, N. 2889 e dell'art. 1 del R. D. 17 giugno 1923, N. 1437.

Gli esami consistono in prove scritte, in esercizi pratici, ed in prove orali. I programmi e le norme generali del concorso sono quelle stabilite con Decreto del Ministero dell'Interno del 6 febbraio 1926. Le prove degli esami avranno luogo in Genova in giorni che saranno comunicati ai concorrenti.

L'Ufficiale Sanitario eletto dovrà entro 10 giorni dalla partecipazione della nomina dare avviso di accettazione ed assumere servizio entro un mese dalla nomina stessa: in mancanza sarà dichiarato, senz'altro avviso, dimissionario. L'accettazione della nomina presuppone l'accettazione di ogni altra disposizione dei regolamenti locali in vigore.

Gli aspiranti devono nella domanda dichiarare che accettano il Regolamento per gli Ufficiali Sanitari della Provincia di Genova. All'Ufficiale Sanitario eletto, oltre le indennità di trasferta sopra specificate, non spetteranno indennità per visite mediche e rilascio di certificati in adempimento della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, Testo Unico 31 agosto 1910, N. 881, salvo le indennità da anticiparsi dai privati per prestazioni richieste al Sanitario nel loro interesse, nella misura determinata dai Decreti Prefettizi.

Si avverte poi espressamente che non saranno in alcun modo accettate domande in contravvenzione alla legge sul bollo o non regolarmente documentate e che, trascorso il termine utile per la presentazione delle domande stesse, non saranno accettati i titoli o documenti in aggiunta a quelli esibiti, dichiarandosi fin d'ora nulla e di nessun valore qualsiasi riserva per la presentazione di ulteriori documenti e titoli, comunque fatta.

Genova, 10 ottobre 1930 (Anno VIII).

Il Prefetto: Vivorio.

NOTIZIE DIVERSE.

14ª Conferenza internazionale della Croce Rossa.

Si è adunata negli scorsi giorni a Bruxelles. La seduta inaugurale, svoltasi al « Palais des Académies » il 6 ottobre, assunse una solennità straordinaria; v'intervennero i Sovrani, il primo ministro Jaspar, il ministro dell'interno e dell'igiene Baels, quello degli esteri Hymans, quello dei trasporti Lippens, l'ambasciatore della Gran Bretagna sir Granville, quello dell'Italia marchese Durazzo, quello della Francia conte Peretti de la Rocca, la principessa Jean de Mérode, alte personalità della Croce Rossa, ecc. ecc. Presiedeva la seduta il prof. Nolf. Dei lavori daremo ulteriori notizie.

9° Congresso italiano di medicina del lavoro.

Si è tenuto a Roma, nell'aula dell'Istituto di patologia medica, nei giorni 16 e 17 ottobre. All'inaugurazione tenne un elevato discorso il prof. Devoto. Tema unico di relazione fu « La patologia dell'apparato respiratorio da polveri »; furono anche fatte varie comunicazioni.

Daremo un breve resoconto dei lavori in un prossimo numero.

39° Congresso francese di chirurgia.

Si è svolto a Parigi dal 6 al 12 ottobre. Un tratto caratteristico della cerimonia inaugurale fu che alla presidenza onoraria era stato chiamato lo scrittore Paul Bourget, il quale ricordò di avere professato il culto della medicina fin dalla lontana giovinezza, quando si mescolava agli studenti che frequentavano le cliniche: la vocazione letteraria dev'essere stata molto forte, per trionfare di quella attrazione, della quale gli è sempre rimasto il rimpianto. Concluse che la chirurgia è la messa in opera di due virtù troppo raramente associate: l'accordo fra il pensiero e l'azione, l'una illuminata dall'altro, e questo realizzato da quella.

Congresso tedesco per la lotta contro il cancro.

Si adunò a Dresda l'11 giugno, sotto la presidenza del prof. Lorenz di Berlino, col patrocinio del « Comitato centrale tedesco per prevenire e combattere il cancro »; vi intervennero dei rappresentanti di quasi tutte le Nazioni europee.

Corso di lotta antitubercolare ad Agrigento.

La sezione provinciale di Agrigento dell'Associazione Naz. Fascista medici condotti, d'intesa colla Rappresentanza del consorzio provinciale antitubercolare, è venuta nella determinazione di tenere nella 2ª metà del prossimo mese di novembre presso l'ospedale della città, un corso di lezioni sulla tubercolosi, per i medici condotti e i liberi professionisti.

Il corso sarà gratuito. È stabilita la quota di L. 15 per il certificato e spese di segreteria.

Le lezioni incominceranno il 16 novembre e termineranno il 6 dicembre, e saranno fatte da professori e liberi docenti della Università di Palermo e della città.

Domanda in carta semplice al dott. E. Campagna, segretario provinciale.

L'opera Nazionale Invalidi di guerra.

Il Comitato esecutivo dell'Opera nazionale Invalidi di guerra si è riunito sotto la presidenza del sen. Lustig. Sono stati approvati il progetto e il piano di finanziamento per la costruzione della nuova sede della Casa di lavoro per i ciechi di guerra, in Roma. L'edificio sorgerà al più presto in via Rovereto, mercè il valido appoggio del Capo del Governo e il contributo dell'Opera.

È stata presa in esame la relazione dell'ing. Noli, Ispettore Superiore al Ministero dei Lavori Pubblici, riguardante il collaudo dei lavori di costruzione e di alcuni impianti del Sanatorio Vittorio Emanuele III sull'Aspromonte. Per l'occasione il Comitato esecutivo, visto il favore con cui nell'Italia meridionale, e specialmente da parte dei Consorzi antitubercolari, è stato accolto il Sanatorio medesimo, ha posto allo studio la possibilità di una lieve riduzione delle rette di ricovero per un prossimo avvenire.

Inoltre il Comitato ha provveduto a concorsi per Consigliere delegato presso sedi vacanti, alla conferma in carica di quelli di Fiume, Messina e Venezia, nonchè alla nomina in pianta di quelli di Como, Gorizia e Savona. È stato provveduto all'approvazione del Regolamento interno del Sanatorio per malati di petto di Ancarano d'Istria e sono stati adottati provvedimenti per le Biblioteche dei propri Sanatori e di quella del Dopolavoro dell'Opera nazionale. Sono stati concessi contributi al Dispensario di Verona e alle Colonie estive di Ferrara; si è rinnovata la convenzione con l'Officina di protesi di Cagliari e, infine, sono stati adottati numerosi provvedimenti di assistenza individuale.

Il Policlinico del Lavoro a Genova.

È stato inaugurato nella sede dell'Istituto biotipologico ortogenetico di San Martino il Policlinico del lavoro ideato dal prof. Nicola Pende.

L'inaugurazione ha avuto luogo in forma semplicissima, data anche l'assenza del prof. Pende, che attualmente è nel Sud-America per un ciclo di conferenze.

Una scuola di ostetricia a Ferrara

Con R. D. pubblicato il 15 ott. dalla « Gazzetta Ufficiale », viene istituita a Ferrara, dal 1° novembre 1930, una Scuola di ostetricia, annessa a quell'Arciospedale e a totale carico di esso. La Scuola è posta sotto la vigilanza della R. Università di Bologna.

L'esposizione medica a Londra.

Ha avuto luogo nella New Royal Horticultural Hall (Westminster S. W.) dal 20 al 24 ottobre e contenne Mostre di strumenti chirurgici, medicine ed ogni specie di articoli usati o prescritti da medici e pratici nella loro professione.

La peste nel bacino del Mediterraneo.

Il « Journal » recava di recente: « Abbiamo fatto un'inchiesta per conoscere esattamente quale sia lo stato sanitario di Marsiglia. Le nostre informazioni ci permettono di dire che effettivamente sono stati segnalati alcuni casi di peste bubbonica a Marsiglia in agosto e in principio di settembre. L'ultimo è stato constatato il 7 settembre. Si può affermare che attualmente la situazione è rassicurante. Centinaia di topi sono stati esaminati e nessuno di essi è stato riconosciuto infetto. Le misure prese dal Governo inglese a Malta sembrano dovute a un comunicato del Ministero degli Affari Esteri francese che segnalava i casi constatati a Marsiglia ».

Il Governatore di Algeri ha diramato un comunicato, in cui dichiara che dal 3 luglio al 22 agosto si erano verificati 22 casi di peste in Algeri e 16 in Orano. Il numero delle vaccinazioni era stato di 7374. Aggiungeva: « Siamo stati sotto la minaccia di una epidemia che avrebbe potuto essere grave. I mezzi impiegati hanno permesso di arrestarne il progresso. Non saremo più sotto una simile minaccia in avvenire, se le popolazioni non perdono di vista il dovere di aiutare le Autorità nella lotta iniziata: lotta che deve essere pazientemente continuata ».

Per disciplinare gli esperimenti sugli animali nel Belgio.

Un decreto del Re del Belgio in data 2 ottobre assimila i laboratori della Scuola di medicina veterinaria dello Stato ai laboratori universitari, per quanto concerne l'applicazione della legge 22 marzo 1929 relativa alla protezione degli animali e più specialmente l'applicazione dell'art. 7 relativo alla protezione degli animali per esperienze.

Giubileo di Hartmann.

Al momento in cui il prof. Henri Hartmann lascerà la cattedra di clinica chirurgica all'Hôtel-Dieu di Parigi, i colleghi, gli allievi e gli amici hanno deciso di offrirgli una testimonianza di affetto, gratitudine e ammirazione. Hanno pensato che il miglior modo per manifestare i loro sentimenti, fosse di offrirgli una medaglia artistica ed un volume giubilare, composto di lavori firmati da chirurghi eminenti del mondo intero.

Le sottoscrizioni si ricevono da G. Masson, editore, boulevard Saint-Germain 120, Parigi. Una sottoscrizione di 100 fr. dà diritto alla medaglia; una di 250 fr. al volume; una di 300 fr. al volume ed alla medaglia.

Commemorazione di Mikulicz.

È stato commemorato, a Breslavia, il 25° anniversario della morte di Johannes von Mikulicz-Radeski, il quale fondò e diresse per 15 anni attivamente quella clinica chirurgica. Era nato nel 1850 a Czernowitz; fu allievo di Billroth. Diresse le cliniche chirurgiche di Krakau e di Königsberg prima di passare a Breslavia.

Tra le commemorazioni del Mikulicz va segnalata una conferenza, diffusa mediante la radio, tenuta da uno dei suoi allievi, il prof. Gottstein.

Erratum. — Nel fasc. scorso, p. 1548, col. destra, l. 3ª leggere: sosterrà.

È morto a Stoccolma, in età di 68 anni, il prof. ALLVAR GULLSTRAND, che nel 1911 aveva ricevuto un premio Nobel per i suoi studi sull'accomodazione; è noto anche per altri notevoli contributi all'ottica. In collaborazione di Kries e Nagel, pubblicò un'edizione interamente rifatta dell'ottica fisiologica di Helmholtz. Diresse a lungo la clinica oftalmologica di Uppsala.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. di Ostetr. e Ginec, 31 ag. — F. D'ERCHIA. Proliferazioni citotrofoblastiche migranti e corioenepitelioma. — U. EREDE. Reazione deciduale dei polipi cervicali in gravidanza.

Mediz. Klinik, 22 ag. — C. HIRSCH. Terapia strofantinica nel tifo addom. — F. HAGEN. Disturbi funzionali delle vie urin.

Revue Neurolog., lug. — L. VAN BORGAERT e al. Mielite necrotica subacuta di Foix-Alajouanine. — E. MONIZ. Tumori cerebrali visibili negli epilettici.

Paris Méd., 23 ag. — CAUSSADE e TARDIEU. Pneumopatie reumatiche.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ag. — Numero sulle malattie dell'apparato diger.

Zbl. f. Chir., 30 ag. — H. KIRCHHOFF. Peritoniti da pneumococco. — R. HUBRICH. Cisti parotitiche traumatiche.

Presse Méd., 23 ag. — M. LABBÉ e al. Urea del sangue e costante d'Ambard nel diabete. — H. JUMON. Sindrome « artritica » infantile: asma e reazioni associate.

Ann. Inst. Pasteur, ag. — J. ZEYLAND, TZNEKNOVITZER e al. B. C. G. — R. NATIVELLE. Bacillo delle gangrene cutanee. — G. BERTRAND e C. BEAUZEMONT. Zinco ed età.

Dermosifilografo, ag. — G. TAJA. Tentativi chemoterapici nell'infez. gonococcica.

Arch. Ital. di Chir., 5. — E. DEBENEDETTI. Complicazioni pleuropolmonari delle malattie addom. — B. BRANCATI. Necrosi grassosa della mammella.

Deut. Med. Woch., 29 ag. — HORNUNG e CREUTZFELDT. Paralisi di tipo Landry in gravidanza. — WITTGESTEIN. Liquor e sifilide tardiva.

Bull. Méd., 30 ag. — Num. sulle malattie infett.

Brit. Med. Journ., 30 ag. — C. L. FITZ-WILLIAMS. Tecnica della radiumterapia odierna. — K. R. PINSON. Esplosioni di anestetici.

Wien. Klin. Woch., 28 ag. — MAYERHOFER. Ustilaginismo.

Münch. Med. Woch., 29 ag. — HILGERMANN. Nuove vie e scopi della chemoterapia. — FLUSSER. Afti abituali e infettive.

Pediatria, 1 sett. — G. SALVIOLI e G. CORBINI. Introduz. per il retto dell'insulina.

Chir. degli Org. di Movim., ag. — O. ANDREI. Cisti o gangli cosidetti sinoviali. — L. BAJ. Cura incruenta della lussaz. inveterata dell'anca.

Riforma Med., 25 ag. — R. CAPO. Antagonismo fra adrenalina e ergotamina e ricambio respiratorio.

Presse Méd., 27 ag. — D. DENÉCHEAU e R. PRIEUR. Ileo riflesso nella litiasi reno-uretrale.

Indian Journ. Med. Res., lug. — N. D. KEHAR. Proprietà degli alcaloidi verso le cellule viventi. — R. ROW. Morfologia del « Plasmodium falciparum » in casi letali. — C. NEWCOMB. Compito dei colloidi urinari nel prevenire la formaz. di calcoli. — L. WILLS e al. Anemia pernic. della gravid. — R. B. LLOYD e L. E. NAPIER. Natura del sangue ingerito dai flebotomi col metodo delle precipitine.

Edinb. Med. Journ., sett. — G. H. PERCIVAL e C. P. STEWART. Melanogenesi. — D. M. GREIG. Colostro nero, latte colorato e sudore colorato. — J P. McGOWAN. Natura e struttura della corteccia surren.

Practitioner, sett. — B. PARSONS-SMITH. Prognosi della trombosi coronaria. — R. SALISBURY WOODS. Disordini e infortuni degli atleti.

Revue Sud.-Amér. de Méd. et Chir., lug. — C. BONORINO UDAONDO e A. VADONE. Cirrosi epatica con ascite colesterinica. — M. ALUIZIO. Stati distonici e sindrome di Little.

Mediz. Klinik, 29 ag. — W. K. FRÄNKEL. Sintomi urologici di affezioni ginecologiche.

Presse Méd., 30 ag. — A. NETTER. Sieroterapia della poliomielite. — G. PARTURIER. Esiste la colecistite traumatica?

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII   Roma, 3 Novembre 1930   Num. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - ROMA.
IV PADIGLIONE - Primario: Prof. GIULIO GALLI.

Paralisi difteriche a carattere famigliare.

Dott. FLAMINIO RICCI, aiuto medico.

Mi è sembrato di un certo interesse il riferire brevemente su questi casi occorsi alla mia osservazione.

La mamma, di circa 40 anni, e due figliuole, una di 16, l'altra di 9 anni, tutte e tre, circa tre settimane prima, erano state colte a breve intervallo l'una dall'altra, da una corizza insistente con abbondante scolo nasale di materiale più mucoso che purulento, mai sanguigno. Non avevano notato temperatura febbrile. Seguì una certa, appena percettibile, impermeabilità nasale. Detti fenomeni durarono circa 10 giorni, poi tutto rientrò nella norma. Cinque giorni prima della mia visita, la più piccina delle figliole e nei giorni immediatamente seguenti l'altra, ed in ultimo la mamma, hanno cominciato ad avvertire voce nasale e si sono avviste che i liquidi refluivano per il naso ed i bocconi andavano facilmente di traverso, specie se non veniva posta attenzione all'atto del deglutire.

Obbiettivamente era evidente la voce nasale. Invitando le pazienti ad aprire la bocca ed osservando durante la fonazione il palato molle, era chiara l'esistenza di una paralisi di questo. Nella bambina più piccola il velo era immobile, abbassato; nelle altre due pazienti appena mobile. In tutte tre si notava insensibilità della parte lesa. Risultava così evidente la diagnosi di paralisi del velo palatino.

Pensando alla corizza precedentemente sofferta dalle malate, ebbi quasi la certezza che il *deficit* esistente doveva riferirsi ad infezione difterica. Ad ogni modo prelevai dei tamponi ed in tutte tre le pazienti la ricerca fu positiva per una infezione da Loeffler.

Dopo circa dieci giorni le malate migliorarono nettamente senza cura di siero e in poco tempo furono completamente guarite.

***

È noto che ora tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che le paralisi post-difteriche

sono delle paralisi tossiche, per quanto alcuni, essendosi constatata la presenza del bacillo di Loeffler nel bulbo e nella protuberanza di difterici morti, ne hanno voluto trarre la conseguenza dell'azione diretta del bacillo stesso.

La via seguìta dalla tossina secondo alcuni sarebbe la via sanguigna, secondo i più, però, la propagazione avverrebbe per via nervosa (Babonneix).

Le lesioni prodotte debbono essere considerate come manifestazioni di lesioni degli organi centrali, prodotti precocemente dalla tossina, ma le cui manifestazioni sarebbero tardive e limitate ad alcuni territori.

Ricordata in brevissime parole la patogenesi delle paralisi postdifteriche e ricordato che la frequenza delle paralisi stesse in rapporto alla malattia è difficile da stabilire, dando i diversi autori una frequenza oscillante dall'11 al 23 % ed entrando così nella discussione dei nostri casi, diremo che è noto come la difterite nasale sia più spesso occorrente come localizzazione secondaria della faringea; però essa spesso viene anche osservata come localizzazione primaria per quanto ciò avvenga con molta maggiore frequenza nei lattanti e nei bambini fino al terzo anno di vita. Nei nostri malati si trattava invece di una bambina già grandicella e di due adulti che vennero colpiti con localizzazione esclusivamente nasale. Se ciò può già sembrare, se non strana cosa, certo non frequente a verificarsi, molto più interessante appare la comparsa di paralisi in tutti tre i membri affetti della stessa famiglia e di uno stesso tipo di paralisi.

Possiamo ora attribuire l'insorgenza della paralisi a che nessuna delle tre pazienti, per il fatto che l'infezione passò inosservata, fu curata col siero? E quindi ancora una volta convalidare le idee da molti ammesse che cioè le paralisi difteriche complicano a preferenza le difteriti trattate tardivamente ed insufficientemente ed a più forte ragione quelle che non sono state nè riconosciute nè trattate? Ma senza parlare di quanto alcuni autori dicono, contraddicendo all'affermazione precedente, ognuno di noi, e più quelli che continuamente sono a contatto di difterici, quante difteriti vedono non trattate o trattate tardi e non seguìte da paralisi e quante difteriti trattate con siero *ad abundantiam* e seguìte da paralisi anche gravi? Per non parlare dello scetticismo che ha invaso molti in questi ultimi anni sul potere di guarigione del siero sopratutto nelle forme gravi di croup laringeo, scetticismo disgraziatamente giustificato dalle morti di piccoli malati pur tempestivamente ed abbondantemente sottoposti a sieroterapia e per non parlare dell'idea da alcuni manifestata che le paralisi postdifteriche siano dovute all'impiego del siero stesso.

Non mi sento perciò di ritenere che, nei casi occorsi alla mia osservazione, le tre paralisi riscontrate si debbano imputare alla mancanza della sieroterapia, ed anche ammesso che la mancanza di questa possa predisporre a paralisi è possibile ammettere che paralisi si dovesse presentare in tutti e tre i membri della stessa famiglia affetti dalla stessa localizzazione della malattia, senza pensare al concorso di altri fattori? Fattori che io presumo siano rappresentati nei casi in discorso sopratutto dal tipo speciale del virus e più dalla predisposizione individuale, tanto più facile in questo caso ad invocarsi, trattandosi di individui della stessa famiglia.

RIASSUNTO.

L'A. descrive tre casi in tre membri della stessa famiglia di difterite nasale seguìti da paralisi del velo palatino e attribuisce la causa della complicazione a fattori dipendenti dalla speciale natura del *virus* e dalla predisposizione individuale famigliare.

BIBLIOGRAFIA.

CENI. *Effetti della tossina difterica sugli elementi istol. del sist. nervoso*. Rif. Med., 1896, vol. I, pag. 338.

ROLLESTON. *The Diphterit. Paralysis*. Practitioner, I, 1909.

ZOELEN. *Les paralisis diphtériques*. Rev. de Médecine, 1923, n. 86.

SICARD et BARBÉ. *Fixation des toxines sur les centres nerveux*. Soc. Médic. des Hôpitaux, 13, 12, 1907.

BABONNEIX. *Nouvelles recherches sur le paralis. diphtér*. Thès. d. Paris, 1903.

MARFAN. *Leçons clin. sur diphtérie*. Masson, 1905.

LEREBOULLET et BOULANGER. *Manuel Clinique de la diphtérie*. Baillière, 1928.

FELDSTEIN. *Paralisi difteriche senza difterite*. Journal des praticiens, n. 9, 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Modena
diretto dal Prof. P. Fiori.

Su di un raro caso di strappamento dell'avambraccio.

Dott. Enrico Pegreffi, assistente volontario.

Tra i grandi traumatismi delle estremità, non si annoverano certamente come evenienza eccezionale le avulsioni di interi arti o di segmenti di essi.

Tali tipi di lesioni, riconoscono come meccanismi abituali lo stritolamento tra ingranaggi di macchine, e la sezione da parti taglienti degli stessi. Nel caso di cui mi accingo a riferire, il meccanismo di produzione della lesione mi è parso insolito, in quanto è riferibile per la maggior parte alla trazione sull'arto esteso con punto di appoggio e di resistenza al cavo ascellare.

Ecco in riassunto, la descrizione del caso:

R. Dario, di anni 15, da Torre Maina, viene d'urgenza ricoverato in questa Clinica Chirurgica il giorno 8-VI-1927.

Egli narra che trovandosi poche ore prima su di un biroccio, trainato da un asino, ed avendo avvolta, strettamente a doppio giro, attorno al polso, una grossa corda (di circa 2 cm. di diametro) sferzava con essa l'animale. Improvvisamente detta corda, che terminava all'estremità libera con un nodo, restò impigliata tra i raggi della ruota di destra e si avvolse, col girare della ruota, sull'asse.

Accortosi del fatto, il giovine tentò di liberare la mano dai giri della corda, ma poichè questa veniva rapidamente tendendosi la cosa gli riuscì impossibile. Lo stiramento progressivo subìto dalla corda e dall'arto superiore destro lo portarono di necessità a sporgersi dal biroccio fino a che ad un certo momento egli venne a trovarsi col cavo ascellare fortemente impuntato sul margine dell'alta sponda di legno; a questo punto avvertì la sensazione di strappamento dell'avambraccio, accompagnantesi ad un dolore così intenso ch'egli perdette la coscienza. In questo momento l'arto veniva a trovarsi in estensione massima, con due forze agenti in senso contrario, l'una applicata mediante i giri della corda, alla regione del polso; l'altra, la resistenza rappresentata dall'impuntarsi dell'ascella contro la sponda del biroccio.

La trazione finì col superare la resistenza offerta dall'arto, il quale cedette in due punti:

1) a livello dell'estremo distale del cubito, che venne fratturato;

2) in corrispondenza dell'articolazione radio-omerale i cui legamenti vennero lacerati.

Ne risultò di conseguenza il distacco di quasi tutto l'avambraccio.

La parte distaccata raccolta poi dagli accorsi, presenta i seguenti particolari:

La cute è lacerata con una certa regolarità a livello del polso, subito al di sopra della zona stretta dai due giri di corda, di cui sono visibilissime le tracce circolari.

I muscoli dell'avambraccio sono discontinuati irregolarmente, a livello diverso, ma tutti al di sotto della metà distale dell'avambraccio ad eccezione del lungo supinatore che è asportato nella sua quasi totalità.

Il radio rivestito ancora nella sua metà distale di brandelli muscolari, si presenta nella sua metà

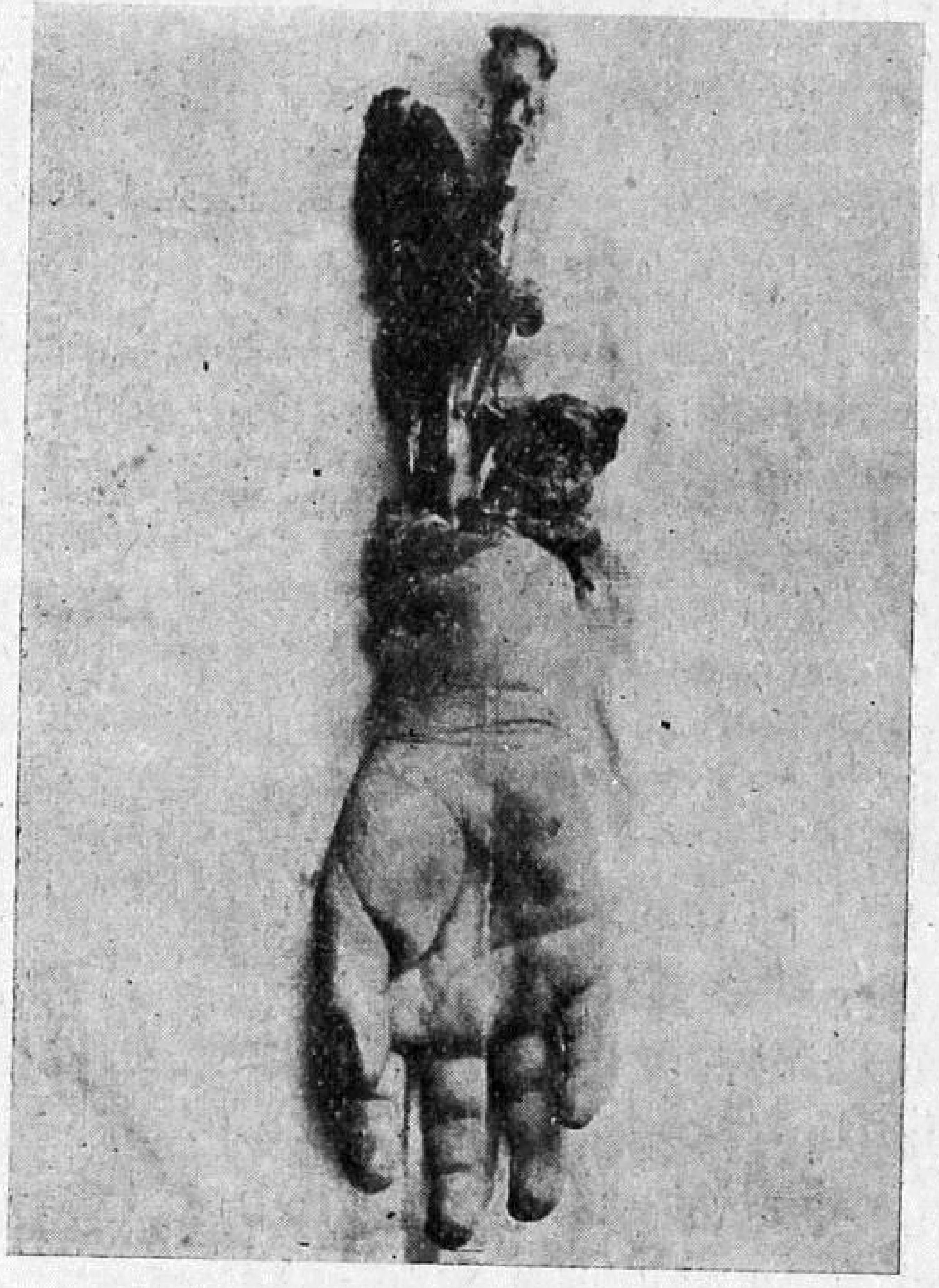


Fig. 1.

prossimale completamente denudato; nè si scorge alcuna traccia della capsula articolare.

La tuberosità bicipitale da cui è completamente disinserito il tendine del bicipite appare intatta.

Il cubito è fratturato a 4 cm. dal suo estremo inferiore in corrispondenza esatta del solco lasciato sulla cute dal giro più alto della corda che circondava il polso; ha la linea di frattura che si può definire trasversale. Vasi e nervi dell'avambraccio appaiono discontinuati a diverse altezze.

L'emorragia se si ha riguardo alla importanza del traumatismo si può dire essere stata insignificante.

In corrispondenza della parete anteriore del cavo ascellare si osserva una striscia ecchimotica marcatissima, larga circa 2 cm. e lunga 6.

Non intendo dilungarmi sulla descrizione del trattamento chirurgico a cui fu sottoposto il paziente non presentando alcun interesse particolare.

Merita invece il caso, una breve discussione sulle modalità con cui la lesione si è determinata.

A quale meccanismo è possibile ascrivere la frattura del cubito?

Per quanto sperimentalmente si sia riusciti, mediante applicazione di forze enormi a fratturare ossa resistenti quali il femore e l'omero, mediante trazione diretta, è però ammesso

che le fratture per trazione e per strappamento sono in pratica possibili solamente per le sporgenze apofisarie.

Per le estremità spugnose delle ossa lunghe, si sono osservati solamente strappamenti parziali poichè la resistenza di una epifisi sana è superiore a quella dei legamenti, i quali, perciò cedono prima dell'osso (Tanton).

Quindi nel caso nostro non si può ammettere che la sola trazione esercitatasi sull'intero membro superiore esteso, abbia potuto fratturare l'ulna: prima di giungere alla discontinuità scheletrica avrebbe dovuto verificarsi il cedimento dei legamenti articolari del gomito o della spalla.

Escluso, dunque senz'altro, per le ragioni sopra ricordate, il meccanismo puro di trazione, io penso che la frattura si sia determinata in questo modo: i giri di corda circondanti l'avambraccio gradualmente e fortemente stretti per la trazione subìta dalla corda stessa, hanno agito in senso normale all'asse delle ossa dell'avambraccio. Queste stimolate da una forza diretta ad avvicinarle, e tendente quindi a ridurre l'ampiezza dello spazio interosseo, hanno resistito fino ad un certo limite, oltre il quale l'osso più debole ha ceduto fratturandosi.

Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che l'impronta cutanea del giro superiore di corda corrispondeva, come si è già rilevato, alla sede della frattura. Essendo il cubito a livello del punto di azione dell'agente traumatizzante, assai più debole del radio si comprende, come esso e non il radio abbia necessariamente dovuto cedere. In un primo tempo l'ulna deve aver subìto un raddrizzamento della normale curvatura a concavità esterna poi una inflessione graduale sino a superare i limiti di elasticità posseduta dall'osso.

A questo punto la corda si è trovata a circondare il solo radio e le parti molli dell'avambraccio. La trazione cui essa era tuttora sottoposta per l'attorcigliamento progressivo all'asse della ruota, si è manifestata nei suoi gravi effetti sul punto più debole dell'arto cioè in corrispondenza dell'articolazione radio-omerale i cui legamenti hanno ceduto.

Successivamente anche le parti molli dell'avambraccio si sono lacerate in modo da permettere la totale discontinuazione dell'arto.

Così e non altrimenti, io credo si possa interpretare il meccanismo di produzione della lesione osservata.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un raro caso di strappamento dell'avambraccio e ne discute il meccanismo di produzione.

LEZIONI.

La chirurgia del dolore.

(C. COTTALORDA, *Marseille Médical*, 1930, n. 13).

Uno dei còmpiti più importanti della terapia è quello di eliminare il dolore, e la chirurgia si è messa risolutamente al sussidio della medicina nell'assolvere questa funzione.

A prescindere da tutte le altre loro molteplici indicazioni gli interventi operatorî possono avere quella esclusiva di eliminare le cause di un dolore.

La chirurgia del dolore è relativamente facile quando la causa è anatomicamente evidente.

Le cose si complicano quando si tratta di un dolore periferico o viscerale che non è in rapporto ad una causa riconoscibile o estirpabile. Si pone allora il problema del punto nel quale bisogna interrompere il circuito nervoso perchè non si produca più la trasformazione dolorosa dell'eccitazione periferica.

Questa interruzione può praticarsi sulla parte periferica del sistema nervoso ed allora si hanno le seguenti operazioni:

1. La neurotomia dei nervi cerebro-spinali.
2. La simpatectomia (ablazione dei plessi simpatici o dei nervi simpatici sistematizzati).

Oppure può praticarsi sull'asse centrale della trasmissione o sulle fibre nervose che ne emanano direttamente ed allora si hanno:

1. La mieletomia.
2. La cordotomia antero-laterale.
3. La radicotomia posteriore.

Infine si può sopprimere il centro di trasformazione o la via di trasmissione, costituita rispettivamente dal ganglio simpatico e dal ramo comunicante.

La *neurotomia* del nervo cerebro-spinale presunto punto di partenza del riflesso doloroso è stata la prima operazione concepita e diretta contro il dolore. Spesso la si è accompagnata allo stiramento ed alla torsione del tronco nervoso. Questa operazione non è scevra di pericoli e non garantisce sempre il successo. Di tutte le neurotomie una sola ha resistito in pratica, quella retro-gasseriana, che costituisce il solo mezzo attualmente conosciuto per combattere con successo la nevralgia facciale essenziale.

La *simpatectomia* periarteriosa costituisce l'intervento tipo sul simpatico periferico. Ma se ha dato successi incontestabili, dà anche degli insuccessi, che il più delle volte dipendono da errori di tecnica e d'indicazione.

Il dolore simpatico rimane periferico solo per un tempo relativamente breve; rapidamente si diffonde alla radice dell'arto o arto dell'altro lato, dando la sindrome denominata « neurite ascendente », che, per Leriche e Wertheimer, sarebbe sempre sotto la dipendenza del simpatico. Se questa concezione può

spiegare in certe affezioni l'effetto bilaterale d'una simpatectomia unilaterale, spiega anche meglio la diffusione della sindrome dolorosa, e gl'insuccessi d'un intervento che, comunque si faccia, rimane sempre periferico.

Questi insuccessi si spiegano anche in parte con l'esistenza di fibre simpatiche intorno ai nervi periferici della vita di relazione, per cui alcuni hanno consigliato di completare la simpatectomia periarteriosa con quella perinervosa.

Si comprende anche come si sia cercato di attaccare il simpatico periferico quanto più in alto è possibile, e che al lato della simpatectomia periaortica vi si siano resecati i plessi simpatici periviscerali e le fibre simpatiche che ne emanano direttamente. Così è praticata la resezione del plesso ipogastrico in alcune cistiti dolorose, la resezione del nervo presacrale e l'enervazione renale.

La *mielotomia* o sezione trasversale del midollo è stata eseguita da Leriche in alcuni casi di nevralgie pelviche sintomatiche di cancro uterino inoperabile. E' ovvio che si tratta d'un intervento disperato.

La *cordotomia antero-laterale*, la cui tecnica è stata fissata da Robinau e Bauzit, è un'operazione logica ed efficace. E' noto che le fibre della sensibilità dolorosa e termica formano un fascio nella profondità del cordone laterale del midollo, situato in avanti del fascio piramidale incrociato, all'indietro del fascio di Gowers e del fascio cerebellare.

Malgrado questi rapporti esso è chirurgicamente accessibile.

Questo intervento è stato praticato con successo in molti casi. Quando è eseguito correttamente determina la soppressione totale dei dolori con un *minimum* di rischi funzionali e una debole mortalità. In un caso di dolori atroci provocati da diffusione di un cancro dello stomaco e nel quale il paziente era deciso al suicidio, la cordotomia antero-laterale ha concesso una sopravvivenza di più di un mese libera da ogni dolore, praticamente attestata dalla soppressione della morfina.

La *radicotomia posteriore*, dopo un momento di voga, sembra ora in via d'abbandono. È gravissima quando è bilaterale, ha indicazioni limitate quando è unilaterale, è sempre tecnicamente difficile.

La *gangliectomia simpatica* sembrava fino a qualche mese l'intervento più ardito e più diritto allo scopo nella chirurgia del dolore. I successi ottenuti nell'angina pectoris facevano giustificare l'atto operatorio, che tendeva a precisarsi e che era capace di guarire il dolore. Prima si praticò l'asportazione bilaterale della catena verticale e del primo ganglio cervicale e poi del ganglio stellato. Ma l'ablazione di questo ganglio tecnicamente facile insieme ad insuccessi ha determinato anche catastrofi, che non sono state tutte pubblicate.

Spesso si è avuto la morte improvvisa per edema pulmonare o asistolia.

La *sezione dei rami comunicanti* è ancora in fase di esperimento. Comunque non è azzardato prevedere che dal punto di vista analgesico darà risultati superiori a quelli della radicotomia posteriore.

Malgrado gli studi accurati fatti ed i perfezionamenti della tecnica, la chirurgia del dolore rimane un'indicazione d'eccezione.

La cordotomia antero-laterale è riservata alle algie da cancro inoperabile. In questi casi è superiore alla simpatectomia ed alla resezione del nervo presacrale.

Alcuni interventi, che per molto tempo si affermarono di efficacia certa, sono attualmente abbandonati, sia per la loro gravità, sia perchè sostituiti da operazioni più semplici a scopo più limitato e di maggiore efficacia. Tali sono la ganglioectomia e la radicotomia.

Una sola neurotomia è ora ammessa senza contestazioni, quella della radice protuberanziale del trigemino. Per quanto riguarda gl'interventi sul simpatico conviene distinguere le sindromi dolorose periferiche e quelle viscerali.

Per le prime si deve considerare se si tratta di algie limitate o diffuse.

Nel primo caso, il cui tipo è la causalgia, la simpatectomia è particolarmente indicata ed efficace. Essa può riuscire vantaggiosa anche nel morbo di Raynaud, nel quale quantunque praticata ad un solo lato ha azione bilaterale.

Nella sindrome diffusa, o di nevrite ascendente, è indicata ed efficace solo la ramicotomia.

Per quel che riguarda i monconi d'amputazione dolenti bisogna distinguerne tre tipi per i quali sono indicati tre interventi differenti. Il primo tipo è dolente alla pressione in un territorio nervoso definito: si tratta agendo direttamente sul nervo interessato. Il secondo tipo è caratterizzato da dolori a tipo simpatico con crisi di edema e disturbi trofici: si tratta con la simpatectomia. Il terzo tipo, quello dei grandi monconi dolenti, si può tentare la ramisezione.

La terapia chirurgica dei dolori viscerali, molto più complessi nella loro etiologia e nella loro trasmissione, ha subìta la stessa evoluzione di quella dei dolori periferici.

I progressi della ginecologia hanno dimostrato l'efficacia della simpatectomia ipogastrica, della resizione del nervo presacrale o del plesso ipogastrico inferiore.

L'intervento di Jaboulay sul plesso solare ha solo interesse storico. Non più pratici sembrano i tentativi di Latarjet e Wertheimer sui nervi gastrici e quelli di Papin su i plessi renali. Il dolore viscerale del piano addominale sembra influenzato unicamente dalla ramicotomia.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

L'isto-fisiologia del rene.

(R CORDIER. *Le Scalpel*, 5 aprile 1930).

Lo studio istologico della eliminazione delle sostanze coloranti attraverso il rene fornisce dei risultati estremamente interessanti, ma che debbono essere interpretati con molta prudenza. Una prima condizione è che il colorante impiegato non abbia tendenza a diffondersi dopo la morte del tessuto. L'indaco-carminio, così spesso adoperato, è molto diffusibile e, quando si prelevano i reni di animali che abbiano ricevuto una certa dose di questo colorante, è possibile che esso si diffonda, prima che arrivi il fissatore, si potrebbe così ritrovarlo in posti dove non si trova normalmente. Lo stesso appunto si può fare per il bleu di metilene e può spiegare i risultati ottenuti da quegli AA. che hanno dimostrato, usando tali coloranti, una secrezione di dette sostanze atraverso i tubuli. Una seconda precauzione da prendere è di evitare l'impiego dei colori basici di anilina, che penetrano troppo facilmente nelle cellule. I colori acidi di anilina non presentano questo inconveniente. Uno di essi, il tripanblau è particolarmente conveniente in questo genere di ricerche, perchè è poco penetrante e non ha alcuna tendenza a diffondersi.

L'impiego dei colori acidi di anilina ha dato a Noellendorf degli argomenti seri in favore della teoria di Ludwig o teoria della filtrazione-riassorbimento. Se si studia l'eliminazione del tripanblau si constata che questo colore si ritrova nelle cellule del tessuto del tubulo torto, ma il momento in cui questo accumulo intracellulare è più intenso non corrisponde al momento della concentrazione massima del colorante nell'urina. Se il colorante fosse secreto è evidente che i due massimi dovrebbero coincidere; non è così, poichè, al momento in cui la concentrazione dell'urina è massima, non si ritrova colorante nelle cellule; e quando, al contrario, l'accumulo intracellulare è intenso, la concentrazione del colore nell'urina cade al tasso più basso.

Quando si studiano i tagli di reni di animali iniettati con il tripanblau, si constata che i tubuli contorti non contengono la stessa quantità di colorante. Esaminando i reni per dissociazione si vedono dei tubuli contorti interi e si constata che l'accumulo di tripanblau è tanto più forte quanto più le porzioni esaminate sono vicine al glomerulo. E tutti i tubuli contorti presentano lo stesso aspetto. L'ipotesi della secrezione non può spiegare questo fatto, mentre la filtrazione del colorante per il glomerulo ed il suo riassorbimento nel tubulo spiega tutto.

Lo studio dell'eliminazione del tripanblau è stato fatto ancora nei mammiferi neonati in cui il rene possiede ancora alcuni pseudoglomeruli. Lo pseudoglomerulo si differenzia dal glomerulo definitivo per il fatto che il foglietto viscerale del glomerulo di Malpighi è ancora un epitelio cubico continuo invece di essere un endotelio discontinuo. In questi animali non si riscontra il colorante nei tubuli che originano dai pseudoglomeruli. Sembra dunque che l'interposizione fra la cavità glomerulare ed il sangue di un epitelio cubico impedisca il passaggio del colorante, ciò che conferma di nuovo l'idea di una filtrazione di quest'ultimo attraverso il glomerulo e del suo riassorbimento per il tubulo contorto.

La prova formale del processo di riassorbimento non poteva essere fornita che conoscendo la composizione chimica del liquido filtrante del glomerulo per paragonarla con quella dell'urina.

Ciò sembrò per molto tempo irrealizzabile; in questi ultimi anni Richards ed i suoi collaboratori sono riusciti a portare a termine delle ricerche fatte in questa direzione. Essi sono arrivati a introdurre una micropipetta nella cavità glomerulare del rene di rana, in sito, ritirando una piccola quantità di liquido, che hanno sottoposto all'azione di diversi reattivi chimici molto sensibili (1). Confrontando la composizione di questo liquido con quella dell'urina, gli AA. citati hanno portato la prova definitiva di riassorbimento dello zucchero e dei cloruri, dimostrando nello stesso tempo che nè il potassio nè l'urea sono riassorbiti. Sono inoltre riusciti ad iniettare nella cavità glomerulare una debole quantità di colorante, specialmente il tripanblau, ed hanno ottenuto dopo qualche tempo delle immagini assolutamente comparabili a quelle che si ottengono dopo iniezione sottocutanea di questi stessi coloranti, l'accumulo del colore essendo, ben inteso, limitato al solo tubulo di cui il glomerulo era stato punto.

In base a queste ricerche è evidente che la teoria di Bowmann è attualmente inaccettabile. Si deve allora accettare integralmente la teoria di Ludwig, come è stata formulata da Cusny, le sue caratteristiche essendo il riassorbimento e la negazione di ogni secrezione tubulare?

La filtrazione deve evidentemente essere accettata quale la concepisce la teoria di Ludwig. Si deve però forse ammettere una permeabilità selettiva od anche una secrezione dell'endotelio glomerulare rispetto al alcune sostanze avendo Wearns e Richards trovato i cloruri

(1) Gli esami hanno dimostrato in modo perentorio che l'urina glomerulare contiene tutti i componenti del plasma, salvo le proteine.

in maggior concentrazione nel filtrato glomerulare che nel plasma. Anche la realtà del riassorbimento non è più dubbia, ma anche per il tubulo bisogna ammettere, in base a numerose ricerche, la possibilità della secrezione, sia pure occasionale, quando cioè si tratti di eliminare metaboliti di cui la concentrazione nel sangue raggiunse un tasso anormalmente alto.

TOSCANO.

Una classificazione del morbo di Bright.

(DOROTHY RUSSELL. *The British Medic. Journ. of Urology*, settembre 1930).

L'Autrice fa una classificazione etiologica ed anatomica delle nefriti dedotta dallo studio di tutti i casi in cui nel London Hospital si studiò la funzionalità renale dal 1920 al 1927 e dal materiale anatomico dell'Istituto Bernhard Baron.

L'A. distingue il morbo di Bright, che è una infiammazione idiopatica non suppurativa, dalle altre forme di nefrite che si possono considerare sintomatiche e precisamente le complicazioni di malattie infettive, la degenerazione grassa, le intossicazioni endogene ed esogene, l'atrofia ischemica secondaria. Dal punto di vista anatomico distingue la nefrite ischemica, il vero morbo di Bright o nefrite tossica (e qui si differenziano le glomeruliti proliferative e le capsuliti proliferative), le nefriti miti (nefrosi semplice di Volhard e Fahr, nefrosi lipoide di Munch), la nefritis acris proper e quella acris repens (e di questa forma distingue vari tipi).

La nefrite ischemica è caratterizzata da degenerazione dell'intima arteriosa ipertrofica e si ha in grado modico in un certo numero di giovani di trent'anni apparentemente normali. È l'equivalente anatomico della prolungata ipertensione arteriosa e si accompagna ad ipertrofia del cuore, specialmente del ventricolo sinistro, e ad ipertrofia della media delle arterie muscolari. La nefrite ischemica può essere primaria e secondaria; essa clinicamente è ben distinta dal vero morbo di Bright, in cui si può avere glomerulite proliferativa, necrosi ialina, necrosi focale, glomerulite adesiva, capsulite proliferativa. La nefrite acris è clinicamente una nefrite azotemica. La *acris proper* è un'infiammazione diffusa e presenta diversi tipi fino al più grave che conduce alla sclerosi. La forma *acris repens*, che si ha spesso per influenza, presenta vari tipi: uno caratterizzato da glomerulite proliferativa uniformemente diffusa, uno da distruzione della corteccia, un altro dalla enorme quantità di parenchima renale distrutto, un altro ancora da distruzione focale del parenchima (corrisponde al rene granuloso rosso).

Nel capitolo delle nefriti sintomatiche sono messe le alterazioni renali nella periarterite nodosa, nell'infarto acuto, nella nefrite da uranio dei conigli, nell'ittero, nei mielomi ematogeni multipli, nelle tossiemie gravidiche, nella batteriemia acuta, nella piemia, nella scarlattina, nell'endocardite subacuta batteriemica, e nello stesso capitolo sono messe la nefrite purulenta discendente, la nefrite interstiziale acuta, subacuta e cronica.

L'A. riassume le proprie affermazioni nella seguente tabella:

Istologicamente	*Clinicamente*
I. Nefrite ischemica pura o primitiva.	Nefrite arteriosclerotica primitiva.
II. Nefrite tossica:	
1 Nefrite mite in stadio precoce Nefrite mite in stadio intermedio.	Nefrite idropigena subacuta.
2 Nefritis acris in stadio precoce.	Nefrite acuta.
Nefritis acris in stadio intermedio.	Nefrite azotemica subacuta.
Nefritis acris in stadio cronico.	Nefrite azotemica cronica.
3 Nefritis repens.	Nefrite azotemica insidiosa cronica.

R. LUSENA.

Le nefrosi luetiche precoci.

(R. RINALDI. *Rif. Med.*, n. 32, agosto 1930).

Il concetto che la diffusione della spirocheta negli organi avvenga dopo la comparsa della roseola, cioè al periodo secondario è ormai sorpassato, perchè vi sono molti casi di infezioni luetiche viscerali precoci, prima dell'inizio della lue.

Anche a carico del rene si possono avere infezioni precoci, legate alla lue, sotto forme svariate.

L'A. riferisce due osservazioni cliniche, che confermano tale opinione.

Il primo caso, un giovane di 20 anni, al momento dell'esame presentava sifiloma iniziale ed albumina fino al 2‰.

Nel sedimento solo qualche globulo rosso, non cilindri; funzione renale normale; pressione arteriosa normale. Una cura di neosalvarsan fece sparire rapidamente l'albuminuria.

Il secondo caso tratta di una giovane donna con ematuria. Al momento dell'esame endoscopico si mette in evidenza un sifiloma primitivo sulla forchetta.

L'esame delle urine, oltre i globuli rossi e leucociti, non presentava elementi patologici; la funzione renale era normale.

La prima iniezione di neosalvarsan tronca l'ematuria.

Sicchè nei due casi riferiti, l'albuminuria e l'ematuria espressione d'un patimento renale, cedettero alla cura specifica.

Non è possibile conoscere le alterazioni anatomo-patologiche di queste lesioni primitive renali, perchè esse cedono alla terapia, nè si hanno elementi sicuri per poter affermare che un'albuminuria sia di natura sicuramente luetica. Comunque, quando si son potute eliminare tutte le alterazioni renali che possono provocare l'albuminuria, bisogna riconoscere nella lue l'etiologia della lesione renale.

Come terapia di queste forme gli AA. suggeriscono i sali solubili di mercurio; l'A. invece preferisce, secondo i concetti di Milian, gli arsenobenzoli, i quali se pur non vanno esenti da azione tossica sul rene, pur tuttavia sono meno pericolosi del mercurio.

CARUSI.

Disturbi funzionali delle vie urinarie.

(F. HAGEN. *Medizin. Klinik*, n. 34, 1930).

I disturbi funzionali delle vie urinarie consistono in una aumentata frequenza delle minzioni (pollachiuria) o nella emissione involontaria di urina (incontinenza), oppure in un ritardo e difficoltà delle minzioni fino al loro grado estremo, la ritenzione di urina (ritardo, disuria, ritenzione).

La regione del collo della vescica è la parte la più sensibile delle vie urinarie. Se uno stimolo viene a colpire questa regione, si provoca il bisogno di urinare che, una volta avvertito, si intensifica progressivamente. Così il paziente avverte lo stimolo ad urinare 8, 10, anche 12 volte nelle 24 ore. Quanto più sono frequenti le minzioni, tanto più eccitabile, nervoso diventa il paziente. Si arriva così alla « vescica cronicamente irritabile », stato che si aggrava ad ogni lieve stimolo, specialmente ad ogni raffreddamento, e così tormenta il paziente per molti anni. Il primo stimolo patologico del collo vescicale viene di solito determinato da impressioni psichiche oppure da raffreddamenti. Alla lunga, spesso le minzioni aumentano tanto di numero da determinare una paresi della musculatura; l'urina esce di continuo, senza che il paziente se ne accorga (incontinenza). Se la paresi si estende agli osti degli ureteri, essi diventano permeabili, durante i tenesmi si può allora manifestare un dolore al rene determinato dalla urina reflua. Accanto a queste forme estreme di incontinenza, che si sviluppano dalla pollachiuria, si hanno anche gradi lievi o gravi di incontinenza indipendenti da pollachiuria; il numero delle minzioni è allora normale. Così negli uomini giovani si osserva spesso uno sgocciolamento di urina dopo finita la minzione, ciò è in rapporto con una debolezza del muscolo bulbocavernoso. Nelle donne sono frequenti le incontinenze da debolezza sfinterica: si ha l'emissione involontaria di urina durante la corsa, il salto, il camminare prolungato, l'allargamento delle gambe. Queste forme di incontinenza sono spesso in rapporto con irritazioni croniche della regione del collo vescicale e dell'uretra posteriore (coito, masturbazione, raffreddamento, trauma da parto) altre volte dipendono da cause puramente psichiche e isteriche.

Mentre nei disturbi finora trattati si ha uno spasmo del detrusore e una paresi dello sfintere, in altri casi lo spasmo colpisce lo sfintere e il detrusore è paretico: viene allora ostacolata l'emissione dell'urina. Così spesso dei pazienti non riescono a vuotare la vescica piena dinanzi al medico, altri non riescono a farlo fuori di casa, altri infine anche a casa propria solo dopo lunga aspettativa ed energica azione dei muscoli addominali. In queste condizioni un insulto improvviso, p. es. grave bagnatura od abuso di alcool, provoca una ritenzione completa. Nella maggior parte dei casi però non si arriva a questo estremo, ma la ritenzione si aggrava progressivamente. L'urina viene emessa a getto sempre meno forte, fino a che essa non esce più che a gocce. Questa ritenzioni di urina croniche su base nervosa si osservano a qualsiasi età: specialmente nelle bambine che hanno sofferto per uno stato irritativo del collo vescicale o dell'uretra, e nei vecchi.

Esistono anche degli stati spastici dei bacinetti renali, che provocano dolori cupi, oppure dolori identici a quelli delle coliche renali; è molto difficile dire se in questi casi i dolori non dipendano, anzichè da spasmi puramente funzionali, da piccoli calcoli oppure da inginocchiamenti dell'uretere.

Per la diagnosi dei disturbi funzionali delle vie urinarie sono necessarie una anamnesi accurata, l'esame chimico e microscopico dell'urina, l'esame degli organi vicini (annessi, prostata, vescicole seminali, retto) e infine l'esame strumentale delle vie urinarie (sondaggio, endoscopia). Prima di diagnosticare spasmi renali nervosi, è necessario l'esame radiografico.

La cura suggestiva ha molta importanza in tutti i disturbi funzionali delle vie urinarie. Nella pollachisuria è utile diminuire la quantità di urina (pochi liquidi) risparmiare la regione sensibile durante la minzione e somministrare antispasmodici (papaverina, atropina). L'urotropina è inutile, può anzi essere dannosa. Più difficile è la cura dell'incontinenza nella donna. Si deve distinguere tra i casi con quantità di minzione normali e casi con quantità diminuite e contemporanea pollachiuria. Questi ultimi casi si curano come si è detto poco fa per la pollachiuria; nei casi del primo gruppo si deve rendere cosciente la donna sulle cause dei meccanismi abnormi che determinano le emissioni involontarie dell'urina, e farle riottenere, per mezzo di esercitazioni della

muscolatura vescicale, la primitiva sicurezza della chiusura della vescica.

Nell'enuresi notturna dei bambini si ottengono buoni risultati con la suggestione, con il cambiamento di ambiente, con la limitazione pomeridiana e serale delle bevande, con lo svegliare e far vuotare la vescica ad ore fisse, con la papaverina.

Nelle ritenzioni croniche di urina nella donna è necessario vuotare completamente la vescica, per evitare infezioni delle vie urinarie. Ritenzioni in cui l'urina residua non supera i 100 cmc. non hanno bisogno del cateterismo purchè naturalmente l'urina non sia torbida o infetta. Col primo cateterismo si dovrebbero vuotare al massimo 500 cmc. di urina. In casi di spasmo dello sfintere interno sono utili la dilatazione progressiva e la somministrazione di atropina o papaverina.

Nello stesso modo si cura la ritenzione cronica di urina nell'uomo, se il cateterismo è stato facile e lo strumento non ha incontrato nessuna resistenza, oppure soltanto il normale riflesso dello sfintere esterno: la ritenzione è allora in rapporto con una debolezza del detrusore. Difficilissimo e oltremodo prudente deve essere invece il cateterismo nei casi di spasmo dello sfintere esterno: se il cateterismo non riesce neppure dopo anestesia e iniezioni di morfina e se i semicupi non provocano minzioni spontanee, si è talvolta costretti a ricorrere alla puntura della vescica.

Nei vecchi specialmente, si osservano talvolta ritenzioni dovute ad alterazioni fibrose dello sfintere interno: nei casi gravi si ottengono notevoli vantaggi da profonde incisioni caustiche dello sfintere, da escissioni cuneiformi dello sfintere fibroso, o della sezione completa dello sfintere interno.

POLLITZER.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Le emotripsie emorragipare, anemizzanti ed emoglobinuripare.

(EMILE-WEIL. *Le Sang*, n. 4, 1930).

Nel 1924, Chevalier riportò la storia di una ragazza che, avendo subito un trauma ad un dito, presentò nelle prime ore seguenti un piccolo ematoma locale; il giorno appresso si produssero una leggera epistassi ed una emorragia anale. A questi fenomeni di emorragie secondarie provocate da una prima emorragia interna, Chevalier diede il nome di emotripsia emorragipara.

L'A. ricorda che questi fatti, per quanto rari, non sono eccezionali e, riportando 15 osservazioni personali, passa in rivista le caratteristiche generali di queste emorragie.

L'emorragia primaria è generalmente una emorragia interstiziale e può essere anche minima. L'emorragia può avere però sede anche nelle mucose. Le emorragie secondarie possono presentarsi come un grave stato emorragiparo, una porpora emorragica, che procede per *poussées* a lungo, determinando un'anemia notevole, spesso di una importanza tale da non sembrare proporzionata alla perdita di sangue. Questi stati emorragipari sono sempre febbrili, con temperatura irregolare, dovuta al riassorbimento del sangue. La guarigione può essere completa o può residuare una tendenza a piccoli accidenti emorragici. In altri casi invece l'emotripsia emorragipara produce solo una o due emorragie isolate, che possono essere discrete e di poca durata o assai considerevoli e prolungate e capaci di causare un'anemia. Secondo l'A. appartengono a questo gruppo anche le emorragie supplementari delle regole che si osservano in donne emogeniche. Importante è il fatto che per la produzione dei fenomeni emotripsici occorre un periodo di incubazione che, nei casi osservati dall'A. è andato da un minimo di alcune ore ad un massimo di una settimana.

I fenomeni emotripsici si presentano solo in individui affetti da emogenia, cioè da una diatesi emorragica cronica. L'emotripsia non è però un fenomeno costante nell'emogenia, rappresentando anzi una eccezione; inoltre, quando una crisi si è prodotta una volta, non sempre si riproduce. Dunque, non basta una emorragia primaria ed un terreno emogenico per realizzare la crisi emotripsica, occorre il concorso di altri elementi che non possiamo ancora precisare.

Anche negli emofilici si osservano fatti di emotripsia emorragipara, ma solo nell'emofilia acquisita, sporadica. In questi casi il periodo di incubazione suole essere più breve (di 6 a 24 ore). Ora, se si pensa che gli individui affetti da emofilia acquisita sono degli emofilo-emogenici, si può concludere che la produzione dell'emotripsia emorragipara deve essere attribuita alle lesioni sanguigne emogeniche.

Circa il meccanismo di produzione dell'emotripsia emoraggipara, l'A. mette in evidenza due fatti: 1°: la sproporzione fra la causa (emorragia primaria, che può essere minima) e l'effetto (emorragie secondarie imponenti), sproporzione che trova un'analogia in ciò che si osserva in altri fenomeni di choc (asma, orticaria, ecc.); 2°: la costanza dell'incubazione di durata variabile, paragonabile a quella che si osserva nella malattia da siero. Questi fatti fanno pensare che l'emorragia primaria agisca come un antigene, determinando delle modificazioni sanguigne capaci di realizzare, su di un terreno speciale come l'emogenia o l'emofilo-emogenia caratterizzato da particolare instabilità sanguigna, uno stato emorragico.

Questi fatti hanno un grande interesse dal punto di vista teorico, perchè dimostrano che

la patogenesi dell'emogenia è molto più complessa di quella di una semplice discrasia sanguigna e deve essere ravvicinata, come complessità, a quella dell'asma.

Fenomeni analoghi a quelli dell'emotripsia emorragipara, sempre sul terreno dell'emogenia o dell'emofilo-emogenia, si possono ancora produrre.

Così, in seguito ad una emorragia interna spesso minima, può sopravvenire un'anemia intensa talora affatto sproporzionata alla perdita di sangue (emotripsia anemizzante) oppure una emoglobinuria (emotripsia emoglobinuripara). Anche in questi casi è evidente l'importanza del terreno ematico.

L'A. richiama l'attenzione sulla importanza delle sue osservazioni sull'emotripsia emoglobinurica intervenuta in casi di trasfusione del sangue in individui emogenici. Per quanto i fenomeni di emotripsia siano eccezionali, occorre comunque non trascurare la possibilità che la trasfusione di sangue, anche dello stesso gruppo, in infermi emogenici, possa provocare una emotripsia emoglobinuripara anche mortale.

TOSCANO.

Critica della terapia col fegato.

(MURPHY e BRUGSCH. *Münch. Medic. Wochenschr.*, n. 36, 1930).

Negli ultimi tempi sono stati riferiti molti casi di insuccesso con la terapia epatica nell'anemia perniciosa. In parte questi insuccessi dipendono dalla incostante e indeterminata attività degli estratti epatici con cui molte volte era stata attuata la cura. Il principio attivo è infatti sconosciuto, nè è possibile dosare il grado di attività di un preparato con ricerche su animali. L'estratto epatico di Lilly è l'unico che sia sottoposto al controllo clinico, anche l'attività di questo preparato ha però subito una diminuzione notevole nel 1928. Se la cura viene fatta col fegato anzichè con gli estratti, gli insuccessi dipendono spesso da insufficiente dosaggio o dalla diminuzione di attività antianemica che il fegato ha subito in seguito al processo di cottura. Così Schulten sostiene che non si possa parlare di inefficacia della terapia epatica, se nei casi che sembrano non reagire al fegato non si è arrivati a dare almeno 500 gr. di fegato crudo al giorno. Non hanno però valore delle regole generali, la quantità di fegato necessaria varia nei singoli casi, essa varia inoltre anche in uno stesso paziente a seconda delle stagioni, o in rapporto con infezioni, con la gravidanza e con altri fattori.

Statistiche accurate dimostrano che gli insuccessi della terapia epatica nell'anemia perniciosa sono rari, molto inferiori alla percentuale del 10 % enunciata da Naegeli. Nel gruppo dei casi refrattari sono poi certamente compresi casi di anemia erroneamente ritenuta perniciosa, e casi che pur dovendosi classificare di anemia perniciosa, differiscono notevolmente dal quadro tipico.

Si devono considerare anemie perniciose tutte quelle anemie dell'adulto che si caratterizzano per una deviazione della serie rossa nel senso megalocitario, per la compartecipazione del sistema nervoso (achilia gastrica, glossite, mielite funicolare), per aumentata emolisi, tendenza a remissioni spontanee e assenza di fattori etiologici dimostrabili (sifilide, gravidanza, malattie gastriche).

In 41 casi seguiti per un periodo di 1-5 anni, gli AA. sono riusciti ad evitare ricadute tipiche, dosando razionalmente la cura epatica. Di altri 7 casi seguiti non regolarmente, 3 presentarono una ricaduta tipica in seguito ad insufficiente od irregolare somministrazione di fegato. E' riferito un caso di anemia perniciosa, il caso più a lungo seguito che esista nella letteratura. Una paziente ammalatasi nel 1911 di attacco tipico di anemia perniciosa, che da allora fino al 1926 aveva avuto altre 4 ricadute. Nel giugno 1926 inizio della cura epatica. Dopo di allora una sola nuova ricaduta e questa in seguito a cessazione della somministrazione di fegato. Ripresa la cura, miglioramento rapido e duraturo, continuando sempre la cura epatica. Oltre all'anemia perniciosa che dura da 20 anni, la paziente dal 1929 soffriva di progressiva malattia di Paget, di blocco totale di cuore con sindrome di Adams-Stokes ed arteriosclerosi generale con ipertonia e cataratta bilaterale.

POLLITZER.

La radioterapia del morbo di Hodgkin.

(AUBERTIN, THOVER-ROZAT e ROBERT LÉVY. *Archiv. d. mal. du coeur*, n. 5, 1930).

Gli AA. tracciano dapprima il quadro clinico della malattia; l'inizio è generalmente caratterizzato dalla comparsa di tumefazioni glandolari, spesso cervicali, raramente ascellari o inguinali; talora sono dei sintomi generali (febbre, astenia) che aprono il quadro morboso.

Nel periodo di stato esistono alcuni sintomi cardinali: le adenopatie pluriglandolari, asimmetriche, senza tendenza ad aderire alla cute e a fondersi, a sede superficiale o profonda; la splenomegalia, di regola, modica; le manifestazioni cutanee (prurito) e le lesioni della cute (da grattamento e specifiche: infiltrazioni nodulari); la febbre (ondulante, continua o remittente a forti oscillazioni).

Nel sangue una leucocitosi neutrofila si accompagna quasi sempre ad un'eosinofilia.

Sintomi secondari possono complicare il quadro: neoformazioni polmonari, versamenti pleurici, lesioni ossee (del tipo della carie secca, sopratutto nelle vertebre e nello sterno, raramente con gibbo) e nervose. L'evoluzione è

cronica e l'esito fatale. Attraverso a una fase di cachessia progressiva si giunge alla fine (dopo 1-6 anni).

I criteri diagnostici differenziali sono i seguenti: la linfadenia aleucemica si diffonde con rapidità maggiore, la milza è più grande; nel sangue si ha sempre una linfocitosi; il linfosarcoma ha un andamento tumultuoso, tende all'ulcerazione e alla cachessia: nelle forme tubercolari domina la periadenite e la tendenza alla fusione delle glandole.

La biopsia ha un valore decisivo e non più discutibile; la sezione glandolare è caratteristica per il polimorfismo leucocitario che vi si riscontra (linfociti tipici, mononucleati medii, plasmociti a protoplasma basofilo, polinucleati eosinofili, basofili e neutrofili) per le cellule di Sternberg e per l'evidente processo di sclerosi che tende a soffocare il tessuto granulomatoso.

Gli AA. passano poi all'indicazione della cura:

a) con i raggi X;
b) col radium;
c) col torio.

E' necessario anzitutto un esame minuzioso e completo di tutto il corpo, per svelare le eventuali lesioni viscerali e localizzazioni profonde. Durante la cura si sorveglieranno: la febbre (ogni aumento di temperatura dopo le applicazioni è di cattivo significato e deve rendere prudenti); la formula sanguigna (attenzione a non abbassare il numero dei leucociti sino al limite della leucopenia! attenzione alla comparsa di un'anemia!) e le urine.

Per i raggi X si debbono usare apparecchi di 200.000 raggi, d'onda assai corta e filtrati fortemente (1 mm. Cu e 2 mm. Al): si ricordi infatti che la maggior parte delle masse glandolari non è aggredibile che per 1 o al massimo 2 porte; i campi debbono essere grandi comprendere glandole e periferia; la distanza anticatodo-pelle sarà sui 40 cm. Il ritmo delle irradiazioni sarà regolato così: dapprima una somministrazione di 1500-2000 R (unità Solomon), efficaci *in situ*, ottenibile in varie sedute (tempo di attacco); 2-3 mesi dopo, riprendere con i due terzi di questa dose o, se v'è segno di recidive, con tutta la dose (tempo di consolidamento); indi, di 6 in 6 mesi e per almeno due anni, ripetere la metà della dose (tempo di intrattenimento).

Le localizzazioni ossee hanno la stessa radiosensibilità delle glandolari, e vanno perciò curate allo stesso modo: si raccomandi l'assoluta immobilità del paziente: per le lesioni cutanee non è necessario ricorrere ad una filtrazione così forte; le complicazioni nervose, in genere dovute a fenomeni compressivi, scompaiono naturalmente con le irradiazioni e anche la milza diminuisce notevolmente di volume.

Per la radiumterapia delle lesioni superficiali e semiprofonde si useranno dei tubi di 10 mmg. di Ra-Elemento, filtrati con 2 mm. di platino, dato che in genere si curano così malati già precedentemente trattati con i raggi X e la cui cute è in uno stato di resistenza minore: i tubi saranno alla distanza dalla cute di 1 cm. e mezzo, e tra loro di 2-4 centimetri. Se la lesione è profonda, si aumenterà la distanza focale.

La dose sufficiente da raggiungere è di 30 D a livello della regione scelta.

Il radium sarà usato quando i tessuti hanno acquistato resistenza verso i raggi X, o quando il malato è intrasportabile.

Infine si può integrare l'azione dei raggi con le iniezioni di torio (da 150 a 300 microgrammi per settimana); i risultati sono favorevoli.

L'azione che queste varie sostanze hanno sui gangli si esplica con la distruzione degli elementi di origine linfatica e con una sclerosi intensa, diffusa di tutto l'organo.

Il successo della radioterapia dipende ad ogni modo dalla rapidità della diagnosi e dalla precocità dell'intervento.

Tuttavia anche i casi più avanzati e cachettici possono, sebbene senza molte speranze, giovarsi della radioterapia. V. SERRA.

Noduli del Gamna in milza bantiana.

(A. SLAVIERO. *Pathologica*, n. 466, agosto 1930).

Sia la splenomegalia come espressione del morbo di Banti, sia i noduli siderotici del Gamna sono due argomenti su cui si è molto discusso; molte questioni sono state risolte, molte sono ancora in discussione.

Conviene pertanto stabilire che i noduli del Gamna non sono lesioni esclusive e caratteristiche dello splenogranuloma siderotico, perchè furono trovati in molte splenomegalie di diversa natura.

Anche nella splenomegalia bantiana sono stati notati tali noduli, e nella letteratura ne son riferiti diversi casi.

L'A. riferisce l'osservazione d'un individuo di 14 anni, nella cui anamnesi remota vi era un'enterite ed una malaria. Egli si era accorto del progressivo aumento dell'addome negli ultimi tempi; l'esame clinico mise in evidenza una grossa milza che dalla V costa sull'ascellare anteriore e media giungeva in basso fino al pube.

L'esame di sangue mostrò una lieve anemia con linfocitosi nei primi tempi, eosinofilia (24%) e linfopenia negli ultimi tempi; marcata leucopenia.

Diagnosticata una splenomegalia idiopatica infantile, fu eseguita la splenectomia; il paz. dopo pochi giorni morì.

L'esame anatomo-patologico ed istologico dei diversi organi fece notare: a carico della milza una netta fibroadenia, e presenza di chiazze

color tabacco, costituenti i noduli del Gamna; a carico del fegato alterazioni strutturali proprie della cirrosi, con endoflebite cronica produttiva sclerosante spleno-portale.

La considerazione di tale caso conferma la diagnosi di morbo di Banti al terzo stadio, con noduli di Gamna nella milza.

Senza entrare in dettagliati particolari, vien ricordata la duplice opinione che attualmente si avanza per spiegare i noduli di Gamna: quella che li considera di genesi non parassitaria, e quella che ammette una genesi micotica. La discussione su tale argomento è ancora aperta; per suo conto l'A. pensa che le zolle o scheggie derivino da una lenta e progressiva mortificazione del connettivo impregnato da emoglobina trasformata per uno speciale meccanismo involutivo, da supporsi legato a un peculiare chimismo insito nel tessuto splenico.

Sarebbero quindi da considerare come processi necrobiotici del tessuto splenico conseguenti ad emorragie intraspleniche, e modificate in tal maniera per speciali processi di chimismo splenico.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. BOSCHI e M. CORI. *Compressioni midollari.* Editore: L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 18.

Questo volume arricchisce di un numero interessante la collezione delle *Monografie medico-chirurgiche d'attualità* del « *Policlinico* ».

In effetti esso tratta un argomento di viva attualità.

Le compressioni midollari sono all'ordine del giorno da che la chirurgia ha brillantemente dimostrato la possibilità di cure radicali di queste affezioni che una volta rimanevano incurabili perchè confuse con altre malattie radico-midollari.

Si tratta quindi essenzialmente di un problema diagnostico.

La monografia del Prof. Boschi e della dottoressa Cori intende facilitare questo compito.

Con opportuni ricordi anatomo-fisiologici e sulla scorta di numerosi casi clinici, la cui storia è largamente riportata, sono ben precisati i sintomi subiettivi ed i segni obiettivi corrispondenti alle compressioni del midollo a varie altezze.

L'esposizione precisa, sgombra di qualsiasi dissertazione dottrinale, rende questo studio molto chiaro anche al medico non specializzato in neurologia.

Le affezioni del midollo da compressione sono tutt'altro che rare. Il libro del distinto neuropatologo di Ferrara e della sua collaboratrice costituisce per il medico pratico una guida sicura per la diagnosi differenziale di affezioni che mercè l'intervento chirurgico sono suscettibili di guarigione.

Le numerose figure, di cui due a colori, rendono più intelligibile il testo.

DR.

A. SALMON. *La fisiopatologia del sonno.* Editore Cappelli, Bologna. Prezzo: L. 30.

Il sonno costituisce un argomento di fisiopatologia che ha sempre appassionato gli studiosi. Le cause, il meccanismo di produzione ne sono tuttora oscuri, e le nostre conoscenze al riguardo progrediscono lentamente, a tappe.

Il Salmon affronta il problema in tutti i suoi aspetti biologici, fisiologici patologici e terapeutici, mettendo a punto ogni quistione, precisando ogni nozione al lume delle più recenti acquisizioni.

E' un lavoro di notevole importanza teorica e di non minore interesse pratico, in quanto la trattazione dei disturbi del sonno e delle loro cure è ampia e chiara.

DR.

L. DROUET e J. HAMEL. *L'hérédo-syphilis mentale.* Editori Masson e C., Parigi. Frs. 30.

Gli autori studiano l'influenza che la sifilide ereditaria ha sulla mentalità degli individui, attraverso le alterazioni teratologiche del sistema nervoso, le lesioni specifiche del cervello e delle meningi, le lesioni delle glandule a secrezioni interne ed il disquilibrio umorale.

Precisano l'influenza del treponema nella genesi delle affezioni psichiche nei bambini, nei giovani e negli adulti.

Insistono su i danni che l'eredo-sifilide arreca alle razze come elemento degeneratore somatico e psichico e auspicano pertanto un'intensificazione della lotta contro le malattie veneree.

DR.

G. L. SCOTT. *The morphine habit and its painless treatment.* Editori H. K. Lewis e C., Londra. Prezzo: Scellini 5.

Breve e succoso studio del morfinismo dal punto di vista etiologico e clinico, con speciale trattazione della cura.

DR.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXVI Congresso di Medicina Interna.

(Continuazione; v. num. prec.).

Seduta antimeridiana (15 ottobre, ore 10).

Presidenza: Proff. ZOIA, GIUFFRÈ, CASTELLINO.

Discussione della Relazione.

ZOJA L. (Milano). — L'insistente applauso dice al prof. Frugoni con quanto interesse sia stata ascoltata la vivace sua esposizione dei principali risultati delle ricerche cliniche e sperimentali eseguite sull'argomento nel suo Istituto. Il testo della sua relazione documenta questo lavoro in modo ancora maggiore. Le relazioni devono come questa del Frugoni portare contributi originali e nuovi al problema che esse svolgono. Si compiace vivamente con lui e colla sua Scuola a nome della assemblea.

MELDOLESI G. (Roma). — Comunica una serie di esperienze eseguite nel corso di due anni nella Clinica Medica di Roma su casi di edema polmonare acuto (7 casi in 6 malati). Su ogni malato sono state eseguite, oltre i comuni esami clinici, le seguenti ricerche: 1) determinazione della velocità di circolazione periferica per mezzo del confronto fra il contenuto in gas del sangue arterioso e quello del sangue venoso prelevati nello stesso distretto vascolare; 2) determinazione della riserva alcalina col metodo di v. Slyke; 3) determinazione della velocità di circolazione venosa, col metodo pletismografico; 4) determinazione della pressione arteriosa (oscillografica); 5) della pressione venosa col metodo diretto; 6) della pressione capillare con il metodo di Kylin; 7) prova di Petersen. Le prime due ricerche furono eseguite nel corso dell'attacco di edema, le altre, per necessità, all'infuori dell'attacco.

I risultati ottenuti si possono così riassumere: l'inizio dell'attacco di edema polmonare acuto si caratterizza per un abbassamento del CO_2 nel sangue arterioso e per un innalzamento del contenuto in O_2 del sangue venoso: fatti che depongono per un'aumentata velocità di circolazione periferica. Tale aumento di velocità di circolazione periferica si osserva, per quanto in minore entità, anche nel tempo che precede o che segue l'attacco. Durante l'attacco non si osservano, nella riserva alcalina, modificazioni costanti e tipiche le quali depongano per un'alterazione dell'equilibrio acido-base del sangue. All'inizio dell'attacco, non si è mai osservata una caduta della pressione arteriosa massima: solo si può parlare, nella maggioranza dei casi, di una elevazione, talora marcata, della pressione minima.

Nei casi studiati, a breve distanza dall'attacco, si è sempre osservato un aumento della pressione venosa da aumentato carico venoso (la ricerca pletismografica dimostra infatti contemporaneamente un'aumentata velocità di circolazione venosa) ed un aumento della pressione capillare, che si avvicina molto alla pressione arteriolare.

L'O. ha esteso questo programma di ricerche anche a quelle forme morbose nelle quali con maggiore facilità si verificano attacchi di edema polmonare acuto. Nelle cardiopatie aortiche, nelle aortiti, in molti casi di ipertensione arteriosa, nelle nefriti non edemigene, nell'asma cardiaco, nella gravidanza fra il 6° ed il 7° mese, ha riscontrato costantemente segni di aumentata velocità di circolazione periferica. Dopo il 7° mese di gravidanza la velocità di circolazione tende a diminuire. Nei vizii della mitrale, e specialmente nella stenosi che più raramente dà luogo a edema polmonare acuto, la velocità di circolazione è invece sempre e tipicamente rallentata. Solo nelle mitraliche gravide un aumento di velocità circolatoria accompagna il 6° e il 7° mese.

Quanto al rapporto fra edema periferico ed e. p. a., le esperienze dell'O. confermano per i due fatti l'esistenza di un certo antagonismo: la comparsa di edemi è sempre accompagnata a diminuzione della velocità di circolazione. Nei malati di edema polmonare acuto la prova di Petersen è riuscita sempre negativa.

Quanto alla terapia, l'O. è contrario alla somministrazione di digitalici all'inizio dell'accesso, in quanto i digitalici aumentano la velocità di circolazione: è favorevole ai narcotici, ad azione contraria.

Tali esperienze confermano l'ipotesi dell'origine periferica dell'attacco di e. p. a.

VIALE G. (Genova). — Come fisiologo ha seguito con interesse la magnifica esposizione sulla fisiopatologia dell'edema polmonare; e si compiace vivamente col prof. Frugoni per l'armonica organizzazione del lavoro, in cui, in funzione delle varie competenze, ha distribuito le ricerche ai suoi valenti collaboratori, riservandosi il compito della sintesi.

Non nasconde però che dal complesso delle numerose indagini ha derivato l'impressione, del tutto soggettiva, che il lavoro sia stato condotto su di una trama aprioristica, che ne ha polarizzato le direzioni: ciò che non toglie valore ai risultati.

Si permette di fare osservazioni di dettaglio. È stata ricercata l'acidosi, la pressione oncotica del siero di sangue in casi di e. p. Ma per spiegare il fenomeno dell'edema localizzato al polmone meglio sarebbe stato, in animali da esperimento, indagare le variazioni della concentrazione idrogenionica o della oncosi del tessuto polmonare: lo studio del siero, necessariamente, non poteva, come infatti si è trovato, portare luce sull'edema polmonare. Fra i fattori periferici che possono contribuire alle variazioni di pressione sanguigna nel piccolo circolo, sarebbe stato bene insistere sulle correlazioni vasomotorie esistenti tra pelle e polmoni.

Circa l'istamina (e meglio sarebbe dire azione istaminica) dimostrata nel sangue refluo di polmoni edematosi, crede che si tratti più che altro d'un effetto della lesione polmonare, in quanto è risaputo che la lisi dei tessuti (e in special

modo dei polmoni) libera sostanze ad azione istaminica.

Circa l'ipotesi che la milza concorra all'edema polmonare versando in circolo acetilcolina, egli è contrario a questa supposizione: in quanto la splenocontrattura tende se mai ad elevare e non ad abbassare la pressione arteriosa.

Circa ai fattori neurogeni sull'insorgenza dell'edema, ricorda le esperienze fisiologiche che dimostrano come l'abolizione della innervazione favorisca la produzione di edema.

Del resto, nel complesso, la relazione appare veramente tracciata da un maestro, nel senso più alto della parola.

Morelli E. (Roma). — Abituato a prendere la parola per esporre dei fatti oppure per critica, e non mai per lode quasi sempre inutile e nettamente inutile qui poichè il Congresso con reiterati, inusitati applausi ha già dimostrato il suo pensiero ammirativo, si sente oggi portato a dire la sua parola di compiacimento per la relazione del prof. Frugoni. Il lavoro è veramente enorme: tutta la sua Scuola sotto la direzione del Maestro, ha per due anni lavorato: è stato un lavoro organico, è stata una messe così abbondante di fatti nuovi, da impedire una discussione sull'argomento poichè dopo la relazione, se ne deve avere una visione nettamente diversa da quella che prima si aveva. Lo stesso relatore pur avendo apportato numerosi dati che permetterebbero trarre deduzioni, si difende da ciò e dice di avere appena impostato il problema. E perciò che l'O. si permette solo accennare ad alcuni dati che spera possano servire al prof. Frugoni per la ulteriore costruzione.

Il relatore ha accennato a cause nervose: egli aggiunge di riflettere sull'edema polmonare che talvolta — quando l'attuazione di pneumotorace rappresentava ancora delle difficoltà — si aveva come esito di embolia gazosa. E per causa meccanica si permette richiamare il pensiero sull'edema insorgente durante le toracentesi in caso di soverchia evacuazione di versamento. Tale edema si elimina sicuramente — come già accennò il Relatore — sostituendo il liquido con gas: anzi l'incipiente sintomatologia di edema scompare con introduzione di gas. Ciò fa pensare ad un edema da aspirazione, cioè squisitamente meccanico. Però anche qui dobbiamo dire meccanico come insorgenza, non come continuazione poichè l'edema diventa bilaterale: per l'altro polmone è sicuramente di origine riflessa.

Desidera anche richiamare l'attenzione su altro fatto meccanico. Iniziata la trasudazione endoalveolare, si hanno diffusissime stenosi bronchiolari: ne deriva perciò che l'entrata del gas nell'alveolo essendo impedita, la trazione nel polmone diventa potentissima, e ciò può favorire e moltiplicare l'essudazione iniziale. Nè varrebbe dire che in altri casi di uguale trazione — es. nell'asma — non vi ha edema, poichè ben diverso è l'effetto su tessuti sani e su tessuti già in essudazione. Sostiene lo stesso concetto per spiegare il facile versamento nella pleura destra dei cardiopatici; derivante a mio parere dallo squilibrio aspiratorio in individui già in trasudazione.

Ripete che ha voluto rammentare questi dati perchè ognuno di noi — dopo la mirabile relazione — ha il dovere di apportare tutti i dati, anche piccoli, all'abilissimo costruttore.

Ascoli M. (Catania). — Il prof. Frugoni ha esposto una serie di fatti nuovi della più grande portata e di ingegnosi esperimenti, felicemente concepiti e fortunatamente attuati. Come studioso e come direttore di Istituto, l'O. ha ascoltato con vero godimento la relazione, rappresentante un complesso organico di indagini. Il R. ha dato un esempio luminoso di quello che può lo sforzo di una scuola convergente e polarizzata verso un determinato argomento, e sapientemente guidata a svilupparlo in profondità.

Nel considerare il problema dell'e. p. a., vien fatto di chiedersi come mai esso obbedisca a leggi tanto diverse da quelle dell'edema in genere. La ragione sta nelle peculiari condizioni del piccolo circolo, inserito com'è fra cuore destro e cuore sinistro, e particolarmente soggetto all'attività e alle variazioni pressorie delle due metà cardiache, di cui risente direttamente ed immediatamente le continue oscillazioni. Si resta quindi colpiti dalla relativa rarità con cui l'edema si insedia nel polmone.

L'adattamento e la difesa risiedono in due meccanismi regolatori: il primo è quello delle chiuse capillari esistenti nei vari organi, polmone compreso, che permettono di includere o di escludere dal circolo distretti vascolari, aumentando o rispettivamente diminuendo la massa del sangue circolante. Il secondo è rappresentato dalle facili modificazioni d'ampiezza del letto vascolare quali si verificano per dilatazione passiva del lume vascolare. Questa ubbidisce e viene regolata dalle variazioni della pressione endopleurica.

Ora se nel determinismo della funzione fisiologica vanno cercate le ragioni delle deviazioni patologiche, è nella deflessione dei due suddetti meccanismi che va individuata la causa dell'improvviso insorgere dell'e. p. a. E infatti il prof. Frugoni ha dimostrato che nell'esperimento esso insorge più facilmente ove sia alterato il sistema delle chiuse (Tremonti), se con la splenectomia venga tolto il principale serbatoio di sangue; e per converso l'esperimento dell'Antoniazzi (maggiore difficoltà a procurare edema a torace aperto che non a torace chiuso) prova con tutta chiarezza l'importanza del fattore respiratorio. La splendida esperienza di circolazione crociata del Luisada mette poi in piena luce la regolazione nervosa; ma anch'essa come quella endocrina verosimilmente si estrinseca attraverso l'alterazione dei due meccanismi suaccennati, e per essi sbocca e culmina nell'iperipertensione del piccolo circolo e conseguente permeabilizzazione delle pareti capillari.

Ci troviamo dunque di fronte, al solito, ad un complesso causale al cui centro sta, come fattore fondamentale, l'aumentata pressione nel circolo polmonare che volta a volta può essere determinata o potenziata da questo o quello dei fattori accennati.

Compito del clinico sarà nell'avvenire quello di individuare e proporzionalmente valutare caso per caso l'importanza dei singoli coefficienti, illustrati dalla Scuola di Padova, e di adeguare ad essi la terapia. Riguardo a questa, l'esperienza

del Luisada indurrebbe forse a prendere in considerazione, in determinate circostanze, l'eventuale applicazione della puntura lombare come mezzo terapeutico.

ZOJA L. (Milano). — Ringrazia il prof. Viale, fisiologo, di essere intervenuto al nostro Congresso e di aver partecipato alla discussione. È nostro vivo desiderio che i biologi frequentino le nostre riunioni. Pur ritenendo giusto il rilievo fatto dal Viale che, più della determinazione della concentrazione idrogenionica nel sangue sia opportuna quella fatta a livello del parenchima, ricorda che la dottrina del Fischer ha contro di sè il rilievo fatto fin dal 1911 con accuratissima tecnica dal Barinetti, durante la sua permanenza a Sassari, essere cioè nel cane eguale la concentrazione jonica nel tessuto renale sano e in quello nefritico con albuminuria in atto.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: MARAGLIANO, ZOIA, CASTELLINO.

Continuazione della discussione.

ANTONELLI G. (Roma). — La relazione del prof. Frugoni è stata così completa ed armonica nella sua struttura, così densa di osservazione clinica e sperimentale, così serratamente logica nelle sue conclusioni, che la discussione può essere portata soltanto sopra qualcuno degli aspetti particolari del problema patogenetico dell'edema polmonare acuto, ma non può menomamente intaccare le linee fondamentali prospettate dall'O.

Per quanto riguarda la componente meccanica nel determinismo dell'edema polmonare, dobbiamo essere completamente d'accordo col Relatore nel ritenere che nella maggior parte dei casi l'edema polmonare non prorompe in conseguenza od in connessione con un *deficit* della funzione attiva del ventricolo sinistro in contrasto con l'aumentata o normale efficienza funzionale del ventricolo destro, antica concezione patogenetica che oramai è bene ripudiare quasi del tutto, ma sulla base per lo più di uno stato ipertensivo, qualunque ne sia la genesi. Ciò stabilito, ritiene che possa esser preso in considerazione, per spiegare la correlazione esistente fra lo stato ipertensivo e l'insorgenza dell'edema polmonare, quel grado maggiore o minore d'insufficienza mitralica che si stabilisce quasi costantemente nel corso degli stati ipertensivi per effetto della distensione del ventricolo sinistro, insufficienza mitralica che rende possibile, nella fase ipertensiva, non soltanto un più valido impulso nel cacciare in circolo un volume di sangue maggiore che, riversandosi sulla sezione destra del cuore, viene ad aumentare in conseguenza la pressione del piccolo circolo, ma anche un più violento riflusso di sangue attraverso la valvola insufficiente nell'orecchietta sinistra, e perciò aggrava le condizioni della stasi polmonare.

Tale concetto l'O. ha svolto a proposito di alcuni suoi studi sui rapporti fra la pressione arteriosa e la venosa nelle cardiopatie, pochi anni or sono. Orbene, ha constatato con notevole frequenza che, mentre durante lo stato ipertensivo, accompagnato da una più o meno grave sindrome respiratoria, si innalza la pressione venosa, traducendo l'intensificarsi della stasi generale e indirettamente l'accentuazione della stasi polmonare, la pressione venosa si abbassa invece, quando l'ipertensione arteriosa si attenua, insieme col miglioramento della sindrome respiratoria non che delle condizioni generali. Ritiene che tale meccanismo possa essere accettato, in senso patogenetico, anche nel caso specifico dell'edema polmonare acuto. È però completamente d'accordo col Relatore nell'ammettere che queste considerazioni avvalorino sì la concezione meccanica dell'edema polmonare acuto, ma soltanto nel senso di prospettare uno dei momenti patogenetici più importanti, e non forse il fattore centrale e predominante. È più razionale ammettere, in armonia con quanto ha dimostrato il Relatore, che il fattore predominante debba essere trovato in una particolare produzione di meccanismi nervosi riflessi, capaci di scatenare in modo brusco l'edema polmonare acuto, che costituisce una delle più drammatiche situazioni morbose, senza escludere che i fattori meccanici o di altra natura, in parte noti, in parte ancora non definiti, abbiano un'importanza collaterale o predisponente nella sollecitazione del meccanismo neurogeno.

PENNETTI G. (Napoli). — Riferisce i risultati ottenuti, in collaborazione del dott. Sanguigno, sulla pressione arteriosa mediante iniezione di succo polmonare determinato da adrenalina e salicilato di metile. Si ottiene in tal modo un'ipotensione a tipo istaminico, mentre con succo pulmonare normale si ha una curva a tipo colinico e nessuna modificazione col salicilato di metile.

L'ipotensione persiste sempre sia a vaghi recisi, sia iniettando succo di animali morti in edema malgrado lo smilzamento.

L'O. lascia impregiudicata la questione se si tratti di istamina ovvero di sostanze istaminosimili. Così pure non è possibile dire se queste si formino in sito o arrivino da organi a distanza.

SANGUIGNO N. (Napoli). — Riferisce i risultati di altre esperienze eseguite nell'Istituto di Patologia Medica del prof. d'Amato, in collaborazione del prof. Pennetti. Essi sono i seguenti:

1) non tutte le adrenaline sono ugualmente edematigene. Vi sono infatti adrenaline del commercio, non sintetiche, che anche se usate in dosi massive non determinano mai l'e. p. a.;

2) non esiste alcun rapporto tra quantità della sostanza edematigena iniettata e intensità dell'edema;

3) bisogna perciò amettere anche per l'e. p. a. sperimentale un fattore di resistenza assolutamente individuale;

4) nei conigli splenectomizzati è possibile determinare e. p. a. iniettando endovena le comuni piccole dosi di sostanze edematigene (adrenalina, salicilato di metile, ecc.) e subito dopo la splenectomia e a vari giorni di distanza da questa;

5) attenendosi perciò alla valutazione obiettiva e serena dei risultati su esposti, parrebbe che al fattore milza non debba spettare senz'altro una importanza assoluta nella genesi ancora così

oscura dell'e. p. a. sperimentale: il che trova, del resto, riscontro anche in altri lavori della stessa Clinica Medica di Padova.

FORTUNATO A. (Napoli). — L'O. riferisce di alcuni esperimenti compiuti iniettando prima dell'adrenalina siero di sangue di conigli in istato di edema polmonare sperimentale adrenalinico. Ha potuto notare come dosi da 5 a 7 cmc. di siero non sensibilizzano affatto l'animale, il quale con una dose di adrenalina anche di poco inferiore a quella minima stabilita in precedenti esperimenti, non ha edema polmonare.

L'O. riferisce ancora altri esperimenti da lui compiuti. Così riferisce che se si trattano i conigli per circa un mese con insulina le dosi minime di adrenalina capaci di suscitare l'edema polmonare si abbassano di molto. L'O. mette in relazione questo fatto con la proprietà dell'insulina di determinare un ricambio dell'acqua con ritenzione di questa da parte dei tessuti.

L'O. riferisce ancora sull'esperimento da lui compiuto, e cioè che se precedentemente all'epoca dell'adrenalina si assoggettano gli animali a depressioni barometriche (fino a 250) l'edema adrenalinico non viene facilitato. Tale fatto si verifica invece se l'animale viene assoggettato a numerose depressioni rapidamente raggiunte e seguite da rapide ricompressioni, subito prima dell'iniezione di insulina.

CONDORELLI L. (Napoli). — L'O. rileva che gli esperimenti del prof. Melli, che non ha potuto osservare notevole aumento del tasso cloremico dopo iniezione endovenosa di forti quantità di cloruro di sodio, collimano perfettamente con le ricerche che l'O. già da diversi anni ha eseguite nella regolazione dell'equilibrio elettrolitico del sangue. L'introduzione brusca di forti quantità di soluzioni saline nelle vene non sono capaci di turbare notevolmente l'equilibrio elettrolitico del sangue.

Ciò però non esclude in modo assoluto, che pur non essendo rilevabili grossolane alterazioni della composizione elettrolitica, una carica cloremica non possa contribuire alla patogenesi dell'edema, determinando il rapido passaggio di NaCl dal sangue al tessuto polmonare, e conseguente infiltrazione edematosa.

L'O. riferisce di avere osservato negli animali paratiroidectomizzati un edema polmonare acuto, che ha riscontro con quanto fu rilevato in uno dei 3 classici casi osservati nell'uomo dai fratelli Reverdin, dopo tiro-para-idectomia. Nei cani paratiroidectomizzati morti con edema polmonare l'O. ha osservato, oltre la solita ipocalcemia, un cospicuo aumento della potassiemia. In concordanza con una osservazione del prof. Melli, l'O. ha anche osservato edema polmonare dopo iniezione endovenosa di KCl. L'O. si occupa anche della interpretazione delle turbe elettrocardiografiche osservate dal dott. Pasoli in alcuni edemi sperimentali. Circa quanto si osserva nello edema da adrenalina, certamente le gravi alterazioni elettrocardiografiche sono da mettersi in gran parte in rapporto con l'azione spiegata dall'adrenalina nel miocardio e nell'apparato nervoso intrinseco ed estrinseco del cuore. Ciò egli anche ritiene in base alle ricerche dallo stesso O. eseguite nell'uomo, in cui ha potuto produrre transitoria anarchia ventricolare, senza provocare edema polmonare.

VILLA L. (Pavia). — Desidera interloquire brevemente per toccare un punto di ordine sperimentale già toccato da un autore precedente. Il Peserico ha scritto che sui rapporti fra pancreas, ormone pancreatico e edema polmonare non esistono ricerche sperimentali. Crede quindi utile ricordare un dato di fatto. Nel 1924 l'O. eseguiva ricerche sul deflusso del glucosio dalle sovrepatiche durante l'azione dell'insulina. Ha osservato che, mentre una iniezione di 1 mmg. di adrenalina in vena provocava entro 12'-15' la morte del coniglio, la stessa iniezione di adrenalina fatta in momento di profonda ipoglicemia del coniglio da insulina la morte non avveniva e l'animale era definitivamente risparmiato. Non ha approfondito queste ricerche, collaterali alla propria ricerca, ma crede di potere asserire che lo stato di ipoglicemia preserva il coniglio dalla morte per adrenalina. Il meccanismo può esser molto complesso e chiede in proposito il parere del relatore.

CACCURI S. (Napoli). — In rapporto al contenuto in Ca, Na, P, K, Mg e Cl l'O. ha notato costantemente nel polmone di coniglio in preda ad edema polmonare acuto da adrenalina aumento lieve del sodio e diminuzione del potassio, di fronte ai dati ottenuti nel polmone normale. A carico del sangue si è visto costante aumento del potassio, che pare sia dovuto al polmone stesso, dato che nel sangue del ventricolo sinistro c'era costantemente un aumento di fronte al tasso rilevato nel sangue del ventricolo destro.

Circa poi la funzione lipodieretica, nel polmone normale non si accettano le conclusioni del Roger. Nell'edema polmonare acuto, da adrenalina si è constatato notevole aumento dei saponi nel sangue del v. sin. di fronte al tasso del sangue del v. destro. Il rapporto lipoideo, cioè il rapporto fra colesterina totale e saponi, è costantemente diminuito nel sangue del v. sinistro, nell'edema polmonare acuto, da adrenalina, nel coniglio.

GREPPI E. (Milano). — In base a ricerche sistematiche sulle variazioni del volume di plasma, afferma che il potere oncotico del plasma, funzione della quantità e qualità delle proteine, non è legato al volume di liquido circolante secondo il rapporto classicamente ammesso « iponchia-idremia o edema del sangue ». Avviene anzi in pratica il contrario, e cioè aumento del volume di liquido parallelo alla quantità totale di proteine, vale a dire *pletora plasmatica* vera e propria. Nelle ipertensioni arteriose, tanto più se associate a nefrosclerosi, si riscontra precisamente uno stato di pletora plasmatica con iperproteinemia totale; quest'insieme di condizioni sembra dunque rappresentare il quadro predisponente che favorisce e prepara l'accesso di edema polmonare acuto quando interviene il disquilibrio locale ed umorale capace di provocare il brusco passaggio di liquido proteinico dal sangue polmonare agli alveoli.

Risposta del Relatore.

Esprime all'illustre Presidente e a tutta l'Assemblea il ringraziamento più vivo per la accoglienza riservata alla fatica sua e della sua Scuola, e un ringraziamento speciale rivolge ai proff. Zoia, Morelli, M. Ascoli, Antonelli per le espressioni estremamente lusinghiere usate a suo riguardo.

Passando a rispondere singolarmente ai diversi oratori, ha constatato con piacere che le ricerche relative alla riserva alcalina hanno trovato esatta rispondenza in quelle del prof. Meldolesi. Quanto alle sue osservazioni sui gas del sangue e sulla velocità di circolazione, queste sono state, (a parte il loro intrinseco notevole interesse) particolarmente opportune sia perchè colmano una lacuna delle ricerche nostre sia perchè al modo di vedere sostenuto dall'O., portano, da altro punto di vista, un valido appoggio. Infatti la constatazione del prof. Meldolesi dell'aumento della velocità di circolazione, non fa che ribadire il concetto del R. e cioè che nella valutazione dei fattori meccanici si debba dare una parte preponderante alla periferia in confronto al centro circolatorio E pure in perfetta corrispondenza con quanto il R. ha esposto, sono le interessanti considerazioni che riguardano l'insorgenza di edema polmonare acuto da stenosi mitralica in corso di gravidanza, per l'aumentata velocità di circolazione che nella gavidanza stessa si ha. E a questo proposito vuole ricordare che, concordemente, il prof. Paroli nella Clinica Ostetrica di Firenze, ha dimostrato esistere specie in taluni periodi di gravidanza una ipertensione periferica, espressione anch'essa di aumentata attività vasale e circolatoria. Anche per quanto riguarda la terapia il R. sostanzialmente è d'accordo con l'oratore, e le riserve da Lui espresse relativamente all'uso dei cardiocinetici sono espresse anche nella relazione. Tuttavia dei cardiocinetici non si può fare a meno quando minacci insufficienza cardiaca ed a questo proposito testualmente ha scritto (p. 230): « La terapia cardiocinetica sarà « tuttavia praticata, e largamente, quando vi siano « segni di insufficienza cardiaca o incomba d'la- « tazione acuta del cuore o si tratti di cardiopa- « zienti. E se ne farà uso più misurato nelle sin « dromi ipertensive, nelle quali ci si regolerà caso « per caso, momento per momento, specie subor- « dinatamente alle condizioni tensive dell'amma- « lato ».

Al prof. Viale deve un ringraziamento per le parole cortesi, ma in nessun modo può accettare la sua espressione e cioè che il complesso di ricerche presentate siano una « costruzione aprioristica con programma preordinato ». Un programma preordinato vi era certamente: sono stati divisi i compiti, il lavoro, il campo di indagini secondo le singole competenze. Ma nessun apriorismo di nessun genere; nel proprio campo ognuno fu libero di condurre le ricerche che gli parevano più opportune secondo i propri criteri e le proprie vedute. E la prova che non si avevano e non si hanno nessun preconcetto aprioristico, sta nel fatto che assai poco è stato teorizzato, assai più viceversa, ci si è limitati ad esporre fatti e risultati di esperienze, che molte volte il R. non si è sentito di interpretare. A dimostrare la indipendenza da ogni preconcetto, può ben valere il fatto che se non contraddizioni, diversità interpretative si trovano in più punti nella stessa relazione; così, ad esempio, le esperienze di Antoniazzi sono in più punti discusse ed osservate sotto diversi punti di vista; così, per esemplificare ancora, sono state obbiettivamente esposte accanto alle ricerche di Tremonti, che osservava la difficoltà alla produzione dell'edema polmonare adrenalinico in conigli smilzati, l'osservazione di Peserico che in preparati cardiopolmonari alla Starling, l'inserzione della milza non facilita per nulla l'edema polmonare stesso. Quindi non solo nessun apriorismo si è avuto, ma l'obbiettività più assoluta ha guidato ed ha presieduto alle ricerche. Il prof. Viale afferma che le ricerche sull'equilibrio elettrolitico e sull'acidosi andavano fatte sul tessuto stesso polmonare, non sul siero. Per quanto riguarda l'equilibrio elettrolitico (a parte ricerche sul polmone umano in edema acuto, che non sono state potute eseguire per mancanza di materiale) ricerche sui polmoni di animali in edema sperimentale sono state eseguite e sono largamente riportate nella relazione. Ricerche sulla concentrazione idrogenionica del polmone, viceversa non sono state fatte, ma deve osservare che ricerche di questo genere nessuno ha per ora mai praticate e non solamente in clinica o in patologia sperimentale, ma, per quanto è a conoscenza del R., nemmeno in fisiologia, e nessun dato abbiamo quindi sul Ph del polmone normale. Non solo, ma nessun dispositivo esiste oggi che nemmeno permetta sull'animale vivente l'apprezzamento del Ph degli organi interni. L'esecuzione di queste ricerche a torace aperto o ad animale ucciso, porterebbe con sè, per necessità di cose, a tali alterazioni del contenuto in ioni idrogeno da far ritenere cosa saggia il rinunciare alla determinazione stessa. Del resto il R. ha già ricordato che proprio per il polmone, ricerche di Pincussohn svalutano l'importanza del fattore acidosi, in quanto questo tessuto, al contrario di altri, in ambiente acidulato, perde, anzichè acquistare, in idrofilia. Del resto a tutto il complesso delle teorie fischeriane sono state mosse tali obbiezioni, che esse sono oggi da tutti abbandonate. E giustamente il prof. Zoia, che vivamente ringrazia, ha ricordato le ricerche sotto la sua direzione eseguite dal Barinetti che dimostrarono appunto la mancanza di fondamento del modo di vedere del Fischer.

Ancora il prof. Viale vorrebbe che la pressione oncotica anzichè sul siero, fosse studiata sulle « proteine stesse del polmone ». A parte anche qui la quasi impossibilità tecnica di ricerche di questo genere, a parte il nessun dato anche fisiologico in questo senso, l'obbiezione non appare giustificata. Infatti, tutte le ricerche sul potere oncotico vertono sul siero, ed è sul siero che si trova una diminuzione della forza oncotica nelle nefriti idropigene. Diminuzione assai cospicua, che, come risulta da ricerche numerosissime ed incontestabili, nettamente differenzia le nefriti idropigene da quelle che ad edemi non daranno luogo. Questo dato anzi rappresenta il criterio più prezioso di differenziazione fra questi due gruppi morbosi per tanti altri caratteri, tanto prossimi; e la caduta della forza oncotica, assolutamente caratteristica per gli edemi nefritici, cachettici, ecc.

decorre all'intensità di questi strettamente parallela, ed è l'unico dato concreto che permetta di riconoscere quello stato, altrimenti così evanescente e mal definibile e mal definito, del preedema. Dato quindi che il R. si era proposto il problema, se l'edema polmonare poteva essere assimilato agli edemi nefritici o doveva da questi considerarsi diverso, doveva ricercare la forza oncotica per l'appunto sul siero. Questo ha fatto; il dato è stato riconosciuto normale e così si è potuto distaccare questo particolare tipo di edema, dagli edemi nefritici.

Il prof. Viale sembra rimproverare ancora di avere riconosciuto sostanze a tipo istaminico a mezzo di reattivi biologici e non di dosaggi chimici. Ma così doveva essere fatto: a parte l'enorme complessità dei dosaggi chimici, a questi non si potrebbe ricorrere per la loro scarsa sensibilità, infinitamente inferiore a quella dei reattivi biologici. Ma del resto la fisiologia degli ormoni non fu forse tutta fatta così? non furono così dosati adrenalina, tiroxina, principio ovarico, ecc.? Se si fosse ricorsi a mezzi chimici la fisiologia degli ormoni sarebbe oggi ancora da iniziare.

E d'altronde così furono condotte tutte le ricerche sull'argomento a cominciare da quelle di Dale, che in fatto d'istamina può oggi ritenersi l'autorità e la competenza massima. Del resto il R. non parla mai di istamina nè afferma trattarsi specificamente di questa sostanza. Il R. parla sempre di azioni istamino-simili. L'oratore si domanda se l'istamina provochi l'edema polmonare o non piuttosto si liberi dal polmone per effetto dell'edema stesso. Il R. si è ben guardato dall'affermare sia l'uno che l'altro dato e testualmente anzi ha detto (pag. 250) che l'edema polmonare acuto esplode « col probabile, ma non ancora sufficientemente dimostrato, concorso della liberazione locale di cospicue quantità di istamina ». Qui come altrove si è limitato a mettere in evidenza un fatto e cioè che nel sangue di uomini in edema polmonare acuto, come di animali in edema polmonare sperimentale, sono riscontrabili azioni istamino-simili, ma questo fatto (di per sè incontestabile) in alcun modo ha portato ad una interpretazione qualsivoglia. Per quanto riguarda la colina, a parte quanto il prof. M. Ascoli ha già rilevato e di cui vivamente lo ringrazia, anche qui il R. ha parlato di azioni colino- o acetilcolino-simili, e anche qui naturalmente si è valso di reattivi biologici e non di dosaggi chimici. In nessun punto ha affermato trattarsi effettivamente di acetilcolina (di cui del resto, come risulta da ricerche della Scuola di Dale, la milza è ricchissima); a pag. 162 anzi così testualmente si è espresso: « Tremonti ha anche cercato di in« dividuare la natura di questa sostanza studian« done le proprietà sulla pressione arteriosa e « sulla curva volumetrica del fegato e ha dimo« strato che ha proprietà simili a quelle dell'ace« tilcolina, sostanza che, a quanto risulta da ri« cerche di Dale e Dudley, è presente nella milza « in quantità veramente straordinaria ».

Quanto alle interferenze che alle indagini poteva portare l'alto contenuto colinico dei surreni e della pelle sono obbiezioni che il R. pure si è mosso e Tremonti infatti ha ripetuto le proprie ricerche in animali cui era stata asportata la pelle e nei quali era stata legata la vena surrenale.

Per quanto concerne l'influsso del sistema nervoso esso è ben noto e Peserico infatti ricorda come il preparato cardiopolmonare è molto meno resistente all'edema se denervato ed in più punti è studiato l'effetto coadiuvante sull'edema polmonare del taglio dei vaghi.

Quanto alle correlazioni funzionali tra circolazione cutanea e polmonare, quali risultano dalle ricerche del Galeotti, questi studi non sono naturalmente ignoti al R. ed infatti a pag. 11 ricorda precisamente i lavori di Galeotti ed Azzi e testualmente conclude: « esiste quindi uno « stretto rapporto tra vasodilatazione cutanea e « polmonare ».

Al prof. Morelli deve il suo ringraziamento più vivo tanto per le espressioni cortesissime quanto per gli interessanti casi ricordatici di edema polmonare da embolia gassosa del cervello, casi che il R. ignorava e di cui tiene nota. Egualmente completamente concorda col prof. Morelli per le sue interessanti osservazioni sull'edema polmonare la toracentesi che convalidano in pieno quanto già ha esposto ed al R. come al prof. Ascoli è sempre vivo alla memoria l'interessante caso che insieme osservarono molti anni fa nella clinica del Grocco.

Anche al prof. M. Ascoli è sinceramente grato per le sue parole così singolarmente gentili e lusinghiere, per l'opera svolta nella Scuola di Padova. Con lui perfettamente concorda nella sua brillante sintesi dei fatti esposti dal R. che pure ritiene costituire l'edema polmonare (in un primo tempo almeno) un meccanismo in un certo senso ed entro certi limiti, difensivo, e con lui concorda nel pensare che la dilatazione passiva dell'alveo polmonare venga a costituire un bacino suppletorio di scarico e pertanto utile ai fini circolatorii. E a questo proposito gli piace anzi ricordare che recentemente alcuni autori francesi hanno dato valore nella genesi dell'edema polmonare acuto, alla, qualche volta constatata, dilatazione acuta dell'orecchietta sinistra per fatto paralitico. Ora questo fattore, anche se realmente presente, non può in alcun modo essere interpretato come causa genetica dell'edema polmonare acuto; deve, anzi, rappresentare un elemento in certo senso utile, in quanto, secondo i concetti già esposti dal R. e ribaditi dal prof. M. Ascoli, viene a costituire come un nuovo bacino di scarico e quindi di alleggerimento, suppletorio al bacino polmonare, come Peserico ha bene esposto.

Quanto alle esperienze di Longo che il prof. Ascoli ha esposto, esse sono in perfetto accordo con quanto nella Clinica di Padova hanno visto Luisada e Ravenna e cioè che l'adrenalina diminuisce la permeabilità vasale nel preparato alla Trendelenburg.

Infine la proposta dell'apporto diretto nei polmoni, per via trans-tracheale, di adrenalina, nella terapia dell'edema polmonare acuto, costituisce un tentativo sicuramente logico ed anche promettente e non si mancherà di sperimentarlo ove se ne presenti la possibilità.

Col prof. Antonelli è in perfetto accordo ed assai lo ringrazia della brillante casistica clinica che

egli ha voluto così felicemente esporre in appoggio alle vedute dal R. sostenute. Da quanto il prof. Antonelli ha così chiaramente esposto, risulta, conformemente a quanto ha scritto nella relazione, che, se anche non esclusivo, l'elemento ipertensione polmonare è fattore centrale dell'edema polmonare acuto.

Il prof. Pennetti ha esposto gli interessanti esiti delle sue esperienze; e il R. ne prende nota. Quanto al non avere egli ottenuto edema polmonare in cani a mezzo dell'escreato di conigli in edema, nessuna meraviglia: ha già detto come il cane difficilissimamente cade in edema polmonare ed a quali artifici si sia nella di lui clinica ricorso per ottenerlo ed anche allora irregolarmente. La cospicua caduta di pressione che nel cane fu dal Pennetti ottenuta iniettando liquido di edema sperimentale di coniglio, azione non rilevabile nel succo spremuto dal polmone normale, coincide esattamente (malgrado la diversa tecnica) con quanto studiando il medesimo liquido fu visto anche nella di lui Clinica da Tremonti (azione edematigena per il coniglio del liquido di edema, nessuna azione edematigena della spremitura di polmone normale).

Le osservazioni del dott. Sanguigno sulla diversa attività delle diverse adrenaline del commercio e sulla differente resistenza dei vari ceppi di conigli, coincidono totalmente con quanto è stato osservato dal R. Il prof. Luisada ad esempio notò essere assai più resistente alla adrenalina i conigli ottenibili dal commercio nel Veneto, che non quelli di Vienna; osservazione questa che costrinse a stabilire *ex novo* per i conigli del Veneto dose tossica, dose letale, dose edematigena dell'adrenalina. I fatti su cui ha richiamato ora la nostra attenzione il dott. Sanguigno sono importanti in quanto costituiscono tutt'altro che trascurabili cause di errore e di diversità di reperti.

Per quanto riguarda l'ottenibilità o meno dell'edema polmonare acuto in conigli splenectomizzati risponde insieme a Pennetti e Sanguigno. Tremonti, sperimentando su oltre cento conigli afferma di non aver ottenuto che raramente edema, gli autori viceversa non hanno notato queste differenze. La ragione della diversità dei reperti sta evidentemente o in diversità di tecnica o in una delle su più ricordate cause di errore. Dirimere a parole la questione non è evidentemente possibile. Le esperienze saranno riprese e controllate e solo così si potrà appurare la realtà dei fatti.

Le ricerche che ha comunicato il dott. Fortunato meritano di essere tenute in considerazione dai futuri ricercatori. Per quanto riguarda l'insulina non esistevano fino all'attuale comunicazione del dott. Fortunato ricerche in questo senso dirette all'infuori di quelle già ricordate nella relazione del prof. Villa e che per verità depongono in senso opposto.

Relativamente a quanto il prof Condorelli ha detto sull'equilibrio elettrolitico, non può che prendere atto con compiacimento della conferma da lui portata alle ricerche fatte dal R. Gli erano ignoti i casi di edema polmonare acuto sperimentale nell'animale (ed in un caso dei fratelli Reverdin disgraziatamente anche nell'uomo) consecutivi a paratiroidectomia. Non può che prendere atto della esistenza di questa specialissima e singolare forma di edema polmonare sperimentale.

Quanto ai reperti elettrocardiografici di uomini ed animali adrenalinizzati che il prof. Condorelli ha illustrati, non concorda totalmente con lui nella loro interpretazione. Il fatto che reperti simili si siano nella sua Clinica ottenuti in animali in edema polmonare acuto non solo adrenalinico ma anche da legatura della aorta, e più ancora che un tracciato analogo si sia potuto rilevare in un caso di edema polmonare spontaneo umano, incoraggiano a pensare che le variazioni osservate debbano, almeno in gran parte, essere imputate all'edema stesso. Comunque, si tratta di reperti sperimentali dal R. tali e quali esposti, e la cui interpretazione definitiva non può ancora ritenersi assodata.

Il prof. Villa ha ricordato esperienze sue di notevole interesse. L'azione protettiva che la profonda ipoglicemia insulinica eserciterebbe sulla tossicità dell'adrenalina, rappresenta una interessante pista di ricerche, che non mancheremo di sfruttare. Le osservazioni di Villa collimano del resto perfettamente con quanto nella relazione il prof. Peserico ha scritto relativamente alla insulina stessa.

Il prof. Caccuri espone l'esito di sue ricerche sui principali elettroliti del polmone e del sangue nell'edema polmonare acuto sperimentale da adrenalina. Questi reperti non coincidono con quelli ottenuti nella Clinica del R. con tecnica quasi identica da Melli; questi, infatti, non ha potuto in esperienze rigorosamente condotte rilevare gli enormi sbalzi dell'equilibrio elettrolitico dal Caccuri constatate. Queste differenze non furono da Melli rilevate nè nell'edema sperimentale da adrenalina nè in quelle da glucosio, così come Mayer e Morel non li videro in quello da gas tossici. Del resto diversi edemi sperimentali dànno luogo alla formazione di liquidi fra di loro assai diversi e nessun elemento abbiamo che ci permetta di indicare l'uno piuttosto che l'altro come più simile e tanto meno sovrapponibile all'edema polmonare umano. Per questo i soli reperti attendibili sono quelli in esso stesso direttamente rilevati; pertanto il R. ritiene, che le cifre esposte e che risultano dall'accurata analisi (la sola della letteratura) del sangue e dell'espettorato di 8 casi di edema polmonare acuto umano, siano le uniche su cui sia lecito costruire, ed esse chiaramente dimostrano la nessuna alterazione dell'equilibrio elettrolitico.

Il prof. Greppi richiama la nostra attenzione sulla profonda diversità esistente tra pletora plasmatica vera e propria e idremia intesa nel senso di aumento relativo di acqua del sangue. La constatazione di pletora plasmatica totale con iperproteinemia (e quindi, in accordo colle nostre osservazioni, normalità od aumento della forza oncotica), da lui fatta nei nefrosclerotici ipertesi, è interessante, e lumeggia quello che può forse essere uno degli elementi del quadro umorale predisponente all'edema polmonare.

Concludendo: il lungo lavoro del R. e della sua Clinica ha in complesso, sembra, trovato consenso; un solo dato sperimentale controverso sarà chiarito da ulteriori indagini. Tutto l'argomento del resto è ancora in pieno studio e spera

non senza frutto. Già oggi la patogenesi dell'edema polmonare acuto si va profilando più netta; sono state sfrondate alcune teorie troppo simpliciste, sono stati mostrati alcuni fatti nuovi; tutto il problema si è spostato ed enormemente ampliato.

Il R. spera di poter presto giungere ad una migliore comprensione del problema, sopratutto perchè così più utile e proficua sarà l'applicazione pratica alla terapia, che della clinica è scopo supremo.

* * *

Il prof. Frugoni viene di nuovo vivamente applaudito.

Il PRESIDENTE fa quindi svolgere le seguenti

Comunicazioni.

BORIS H. VASSILEFF (Genova). — *Arteriosclerosi tubercolare*. — L'O., in base ad alcune sue ricerche, è giunto alla persuasione che esiste un'arteriosclerosi tubercolare che si stabilisce particolarmente in soggetti in buone condizioni generali e con valida reattività organica individuale, mentre negli individui affetti da tubercolosi e con scarsa o affatto resistenza organica sia per ragioni di mancata reattività, sia per compromessa tonicità elastica vasale, o per la stabilitasi degenerazione anatomopatologica, si nota una bassa pressione arteriosa ed il più facile verificarsi delle emottisi.

BORIS H. VASSILEFF (Genova). — *Contributo allo studio della profilassi e della terapia dei tumori maligni*. — L'O., partendo dal concetto che nella patogenesi dei tumori debba essere preso in considerazione, almeno come concausa, lo squilibrio endocrino, ha trattato parecchi casi di tumori maligni con estratti di timo, di ghiandola genitale, di ghiandola surrenale, aggiungendo a volte e a seconda dei casi arsenico e stricnina in dosi tollerabili. L'O. afferma che dato che quasi sempre si trattava di casi gravi, i risultati non sono stati sempre rilevanti; tuttavia ha ottenuto un certo grado di maggior tolleranza degli stati marantici ed anche dolorifici, dove questi si erano determinati.

FIGARI F. (Genova). — *Dati sperimentali e clinici sulla terapia immunizzante delle neoplasie*. — Sono note le ricerche tendenti a rilevare la esistenza di uno stato immunitario negli organismi portatori di tumori e la conseguente possibilità di una terapia immunitaria. L'O. dopo aver fatto esperienze degli ultrapeptoni inoculati in animali sia per via cutanea che venosa ed averne saggiata in essi, oltre alla completa innocuità, le spiccate qualità stimolanti e quindi protettive, ha tentato l'applicazione pratica in confronto di neoplasmi umani.

I casi trattati sono stati 6 (epiteliomi cutanei e neoplasmi interni) ed in tutti si ottenne un progressivo miglioramento e gradualmente la guarigione definitiva in uno spazio di tempo variabile da 1 a 3 mesi.

Tali risultati costituirebbero un'indubbia dimostrazione del possibile valore dell'ultrapeptone di tessuto neoplastico nella cura del cancro.

(*Continua*).

XXXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Contin. e fine; v. num. precedente*).

Seduta antimeridiana del 15 ottobre (ore 9).

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Comunicazioni.

FICHERA G. (Pavia). — *Correzione dello squilibrio oncogeno. Prova di citoregolazione antineoplastica*. — Davanti un affollatissimo uditorio l'O. espone i risultati delle sue ricerche odierne illustrando la descrizione istologica con la proiezione diretta dei preparati. L'O. partito dal suo concetto dello squilibrio endocrino nella genesi dei tumori maligni, concetto affermato nel 1911 e sostenuto con lavori importanti eseguiti dal Fichera e dai suoi allievi, ha portato nel campo dell'applicazione pratica i risultati sperimentali iniettando in malati portatori di tumori maligni degli estratti di organi a secrezione interna. Gli estratti vengono preparati con tecnica difficile dal Fichera e scelti a seconda dei casi. Ha osservato tre fatti di ordine importantissimo: la citolisi e la progressiva distruzione della cellula neoplastica; al tessuto neoplastico distrutto si sostituisce connettivo di neo formazione e spesso il tessuto dell'organo invaso rigeneratosi; la nessuna modificazione delle cellule normali iuxtatumorali mentre la citolisi colpisce solo le neoplastiche.

A delucidare meglio la tecnica dei tentativi terapeutici è da osservare come il Fichera ammette che determinati organi a secrezione interna regolino l'accrescimento, la persistenza e la vitalità delle cellule: una alterazione funzionale di un organo o di un gruppo di organi sfrena un determinato gruppo di cellule a una evoluzione in senso neoplastico. I tentativi terapeutici si basano appunto nel supplire al *deficit* funzionale di un determinato organo regolatore con la somministrazione all'organismo dell'elemento secretivo venuto a mancare (confronti l'insulina nel diabete, l'epatoterapia nell'anemia perniciosa).

Ciò arresta l'ulteriore evoluzione neoplastica, provoca la distruzione delle cellule neoplastiche e si spiega così come solo l'elemento neoplastico venga ad essere colpito e come sia possibile una rigenerazione del tessuto invaso e parzialmente distrutto.

Le ricerche furono eseguite iniettando prima direttamente nel neoplasma e poi per via generale, degli estratti di organi a secrezione interna. Dal tumore stesso venivano prelevati, a vari giorni di distanza, dei frammenti di tumore che all'esame istologico fecero rilevare i dati già ricordati. I tumori trattati sono stati carcinomi, sarcomi ed endoteliomi, la maggior parte già operati e recidivati. Di particolare interesse si è rivelato un caso di tumore sistemico delle ghiandole linfatiche in cui le biopsie prelevate nelle varie stazioni ghiandolari permettono di seguire passo a passo la graduale scomparsa delle cellule neoplastiche, la loro sostituzione connettivale e specialmente la sostituzione per proliferazione del tessuto stesso dell'organo.

L'O. ribadisce, alla fine del suo dire, come nei casi fino ad oggi trattati si debba parlare di tentativi di cura.

Discussione.

MARINUCCI. — Ha presentato cinque anni fa risultati ottenuti con la somministrazione di estratti di corpo luteo e timo in donne portatrici di cancro dell'utero. Ha notato contemporaneamente sonnolenza, aumento di peso, poliuria.

DONATI (Torino). — Fa osservare come l'O. sia stato prudente nell'arrivare a deduzioni di ordine pratico parlando di riduzione di volume, ecc. Si può ammettere una predisposizione generica ma a base della cura chirurgica sta un concetto che non può essere scosso e cioè che all'inizio il cancro è una malattia locale. Questo concetto ci autorizza, anche in predisposti, ad asportare il tumore con il suo complesso sperando così di guarire definitivamente il malato come in molti casi si osserva. All'elemento costituzionale possiamo dare l'importanza che si dà ad esso in altre malattie. Contro l'idea dello squilibrio endocrino oncogeno sta il fatto che nei giovani, dove manca l'involuzione degli organi i tumori hanno una malignità maggiore e viceversa. Anche sui risultati delle biopsie occorre fare delle riserve per le modificazioni che un pregresso intervento induce nel tessuto. Chiede infine al Fichera di dar modo anche ad altri AA. di sperimentare i suoi metodi.

ALESSANDRI (Roma). — Loda la prudenza dell'O. nell'esporre le sue ricerche che egli stesso ha definite come tentativi di cura biologica dei tumori, non come guarigioni. Per una ragione scientifica è necessario di limitare la conoscenza dei risultati odierni ai medici che possono riconoscere la loro grande importanza mentre illuderebbero il pubblico profano, suscitando speranze che il Fichera stesso non desidera; è quindi da raccomandare alla stampa specialmente quotidiana di essere molto prudente e obiettiva nei suoi resoconti.

I risultati quali sono dimostrati dai preparati sono veramente impressionanti, almeno in un certo numero di essi; ma poichè qui siamo in una riunione di chirurghi crede che oltre che i preparati sarebbe desiderabile di vedere i risultati clinici su malati perchè così il giudizio potrà essere dato dopo una valutazione più esatta dei risultati. Conclude augurandosi che fra un anno o due il Fichera venga in uno dei Congressi prossimi a presentare risultati definitivi augurando che a lui e per mezzo suo alla Scienza Italiana venga acquisito il vanto di una così grande scoperta.

FICHERA (risp.). — Osserva a Marinucci come il suo concetto di squilibrio endocrino risalga al 1911. Al prof. Donati fa osservare che la concezione che il cancro sia una malattia locale, sia una concezione sorpassata; il cancro è la estrinsecazione locale di una malattia generale. Non può far sperimentare ad altri i suoi metodi perchè non ancora stabilizzati, perchè la tecnica di preparazione degli estratti è difficile e perchè per ogni malato occorre un esame accurato quale, per essere gli studi ancora all'inizio e per la necessità di una lunga pratica di giudizio non può essere fatto da altri. Per i malati egli si ripromette di presentarli ma non può dire quale termine gli sia necessario.

DE GAETANO G. (Catania). — *Contributo sui poteri antiblastici della milza.* — Quattro casi di tumori umani curati con organi antiblastici stimolati specie la milza; ha osservato notevoli miglioramenti.

RIGANO-IRRERA D. — *Mielosi splenica da iniezioni locali di catrame.* — Il catrame iniettato nella milza del cane determina atrofia degli elementi parenchimatosi e in un secondo tempo una metaplasia mieloide.

GUERRIERO C. (Napoli). — *La nevroglia e la microglia nei trapianti etero- ed omoplastici di tumori nel cervello.* — Ha eseguito trapianti di questo tipo nel cervello di ratti e ha osservato come la reazione della nevroglia sia molto scarsa.

GARGANO C. (Napoli). — *Come si debbono interpretare alcune formazioni patologiche dell'epidermide clinicamente ed istologicamente identiche agli epiteliomi.* — Ha osservato casi di epiteliomi cutanei diagnosticati tali clinicamente e istologicamente e guariti senza alcun intervento. Ammette come possibile una guarigione spontanea in determinati casi.

MINERVINI R. (Napoli). — *Ulteriori risultati del mio metodo di trattamento clinico del cancro e dei tumori maligni.* — Illustra casi trattati col suo metodo.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidente: Prof. D'AGATA.

Seguito delle comunicazioni.

PALMA R. (Padova). — *Un caso di tetano recidivo.* — Illustra un caso di recidiva di tetano soffermandosi a discutere l'interpretazione patogenetica.

BIOLATO e DE FERMO (Torino). — *L'esame funzionale della tiroide nella simpaticectomia delle arterie tiroidee.* — L'anestesia generale in animali provoca maggior consumo di basi. Al risveglio si ha un aumento degli scambi gassosi fino al 200 %.

NICOLOSI G. (Palermo). — *Le variazioni della riserva alcalina nella vagotomia.* (*Ricerche sperimentali*). — Ha studiato la riserva alcalina in animali vagotomizzati sia al collo che sotto il diaframma; in queste condizioni ha osservato un perturbamento grave della R. A.

CARMONA L. (Palermo). — *Ricerche sopra alcune proteine del plasma sanguigno nel blocco del reticolo.* — Nel blocco del reticolo si osserva una diminuzione dei valori dell'azoto totale, della fibrina e della siero-albumina mentre aumenta il valore dell'azoto residuo.

OSELLADORE G. (Padova). — *Azione dell'impacco umido sulla respirazione cutanea.* — Sulla base di esperimenti personali conclude che il meccanismo dell'impacco umido è quello di permettere la respirazione diretta della cute.

PERROTTI G. (Napoli). — *Rendiconto clinico-statistico della Sezione antitubercolare della Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli (anno scolastico 1929-30).* — Si sono ottenuti buoni risultati con la cura tubercolinica specie nei casi iniziali.

MARRONI O. (Roma). — *Tubercolosi chiuse e loro trattamento.* — Illustra con radiografie e figure i risultati ottenuti col suo metodo.

PURPURA F. (Palermo). — *Distribuzione delle fibre nei tronchi nervosi e chirurgia dei nervi periferici.* — Da ricerche praticate risulta che nel tratto omerale dei nervi mediano radiale e cubitale del cane non esiste una vera sistematizzazione delle fibre nervose. In casi di paralisi parziali di un nervo nell'uomo si potrebbe ricorrere alla sezione e sutura di esso; così nella paralisi dello sciatico-popliteo esterno la sezione dello sciatico sopra la biforcazione con consecutiva sutura potrebbe portare fibre attive a tutti e due i rami dello sciatico.

DOGLIOTTI (Torino). — Riferisce di tentativi di neurotizzare il moncone periferico in casi di paralisi infantile sezionando un nervo parzialmente paralizzato. Le ricerche sono in corso di esecuzione.

CAPPELLI (Ancona). — Le ricerche riferite ribadiscono il concetto della necessità del perfetto adattamento dei monconi nella sutura nervosa diretta.

CHIASSERINI (Venezia). — È più indicato, nelle paralisi parziali, cruentare la parete del nervo paralizzato e impiantare in esso un fascio nervoso di scarsa importanza.

CAROSSINI G. (Figline Val d'Arno). — *Complicazioni polmonari post-operatorie in rapporto all'anestesia.* — Con iniezioni di preparati di calcio (Caseal Lac) non ha mai osservato complicazioni polmonari post-operatorie dopo anestesie generali.

ANZILOTTI (Livorno). — Ha ottenuto risultati ottimi con lo stesso mezzo.

LORENZETTI C. (Milano). — *Ancora a proposito della anestesia con i gas: presentazione di nuovi tipi di apparecchi nazionali.* — Illustra i vantaggi dell'uso dell'apparecchio Rossi nell'anestesia con etilene.

ROSSI (Milano). — Riferisce dati clinici e tecnici.

DOGLIOTTI (Torino). — Per ottenere silenzio addominale completo è necessaria l'aggiunta di etere.

CHIASSERINI (Venezia). — Riferisce la sua esperienza con il protossido di azoto.

GIULIANI (Parma). — Chiede se c'è ritenzione ureica nell'anestesia eterea.

ORETO (Messina). — *Ricerche sulla coagulabilità del sangue.* — Nelle malattie infiammatorie ci sono lievissime modificazioni della coagulazione sanguigna; nei tumori non è alterata; nella anemia post-traumatica la coagulabilità è aumentata

CHIASSERINI A. (Venezia). — *Surrenalectomia e gangliectomia lombari per disturbi vascolari degli arti inferiori.* — Riferisce di un caso di asportazione del surrene di sinistra in un caso di morbo di Buerger con esito negativo. Risultati migliori ha avuto con l'asportazione di alcuni gangli del simpatico lombare, sia nel morbo di Buerger, sia nei casi di disturbi ischemici da probabili fatti spastici.

CATALIOTTI F. (Palermo). — *Influenza della timectomia sulla riserva alcalina. (Ricerche sperimentali)* — In animali timectomizzati ha osservato uno stato di acidosi. Questo fatto che svela l'eccesso di acido fosforico e nucleinico deve essere considerato come la causa prima della sindrome timopriva in quanto gli acidi vengono neutralizzati dal calcio delle ossa che si decalcificano.

LATTERI S. (Palermo). — *Ricerche sperimentali sul comportamento degli aminoacidi e dei polipeptidi inferiori nell'urina degli scottati.* — Nelle urine di animali ustionati ha osservato aumento di aminoacidi, di polipeptidi inferiori. L'aumento non è relativo a quello dell'azoto totale ma se ne distacca nettamente.

CAVINA C. (Bologna). — *Risultati immediati e lontani di 14 ipofisectomie per affezioni endosellari.* — L'O. nelle 14 ipofisectomie praticate per affezioni endosellari (6 adenomi della preipofisi, 1 adenoma della pars intermedia, 1 astrocitoma con sindrome prevalentemente chiasmatica, 1 cisti, 3 adenomi con acromegalia spiccata, 1 morbo di Froelich) ha ottenuto la guarigione chirurgica di tutti i malati con progressivo miglioramento della funzione visiva, regressione dei fenomeni acromegalici, diminuzione del peso corporeo. In 1 malato di adenoma si è avuto recidiva dopo 18 mesi, in 1 (cisti) perdita progressiva della funzione visiva 4 mesi dopo il pieno ricupero di essa. Un malato di adenoma è stato operato 2 volte per un ematoma manifestatosi alcuni mesi dopo il primo intervento.

FASIANI (Padova). — Elogia il consiglio del Cavina di repertare la parete del seno da trapanare con lo specillo e l'esame radiografico. Si associa alle conclusioni del Cavina sulla riduzione dei pericoli nell'intervento per via nasale e sull'assenza dello choc.

PACETTO G. (Roma). — *L'influenza del sistema reticolo endoteliale nel processo di guarigione delle fratture.* — L'O. dopo avere ricordato i lavori che dimostrano la partecipazione del S. R. E. nel processo di guarigione delle fratture ha studiato l'influenza del cosidetto blocco sull'evoluzione di fratture chiuse in conigli. Dalle ricerche finora esperite, ma non però esaurite, risulterebbe che il blocco del S. R. E. ottenuto con iniezioni endovenose di inchiostro di china determina un lieve ritardo del consolidamento, rilevabile radiograficamente e istologicamente per una scarsa calcificazione e per una maggiore persistenza ed estensione del callo cartilagineo negli animali bloccati rispetto ai controlli.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Val d'Arno). — *Un caso di palatoschisi (gola di lupo) con labbro leporino operato col mio metodo di mobilizzazione a raggiera di 2 segmenti triangolari ossei del*

palato fessurato. — L'età più propizia è nella 2ª o 3ª settimana per il labbro leporino; per la palatoschisi i pareri sono discordi. Per la riduzione dell'ogiva palatina seguente all'intervento consiglia di non eseguire troppo tempestivamente l'operazione. Nel metodo di Langenbeck i lembi non devono essere troppo sottili nè essere sotto tensione. L'O. ha operato un bambino di 12 mesi, senza anestesia. Ha preparato un lembo secondo Trelat, poi preparò al di là dello scollamento un lembo osteoplastico a isocele. Colmò così facilmente la larga breccia palatina.

Cavina (Bologna). — Opera dai 15 ai 60 giorni, non oltre l'anno perchè poi non è possibile un avvicinamento incruento dei mascellari. L'ampiezza della fessura palatina è uguale a due archi gengivoalveolari. L'operazione di Langenbeck deve essere fatta come minimo a 2 anni, si può semplificare l'operazione eseguendola da un lato solo dove la lamina è più sviluppata.

Roccia B. (Torino). — *Infezioni chirurgiche e focolai infettivi del cavo orale. Ricerche sul potere di localizzazione elettiva di germi contenuti nei focolai infettivi buccodentari*. — Germi del cavo orale in casi di infezione chirurgica sono poco virulenti per il coniglio e prediligono degli organi interni, il fegato e il rene.

Cagnetta V. (Bari). — *La recidiva nell'endotelioma della mammella*. — Illustra un caso di endotelioma della mammella con diffusione in secondo tempo per via linfatica.

Proto M. (Napoli). — *Considerazioni istologiche su due forme rare di tumori della mammella*. — Un caso di sarcoma polimorfo a piccole cellule, un caso di angioendotelioma.

Brancati R. (Roma). — *Legatura sperimentale dell'arteria polmonare*. — La legatura dell'arteria polmonare è un metodo diretto alla sclerosi polmonare. Ha eseguito questo intervento in polli in cui la tecnica è molto più facile e che sopravvivono a lungo. Alla legatura succede un raggrinzamento e un colorito scuro alla periferia mentre il centro colliqua. Dopo 2 mesi il polmone si atrofizzava completamente. Caratteristica istologica è che i bronchi e i bronchioli restano a lungo ben conservati, dal sistema bronchiale parte connettivo con vasi, che poi diventa cicatrice. Nell'arteria polmonare opposta si ha una dilatazione compensatoria. Questa legatura è sopportata benissimo dagli animali. Si producono inoltre delle comunicazioni collaterali fra arteria polmonare legata e organi circonvicini (esofago, pericardio, diaframma, aorta). Con la legatura della vena polmonare, mentre nei primi giorni si può osservare un principio di produzione connettivale, in seguito scompare ed il polmone riprende i suoi caratteri normali.

Pototschnig G. (Vicenza). — *Il trattamento chirurgico del flemmone pleurico diffuso conseguente a gangrena polmonare*. — L'O. tratta del flemmone pleurico diffuso che consegue a perforazione di un focolaio di gangrena polmonare nella cavità libera della pleura. Ricorda come in questi casi disperati sia doveroso tentare un intervento chirurgico e come questo debba consistere in ampia demolizione della gabbia toracica ed accurato zaffamento alla Mikulicz della cavità pleurica. Riporta i dati clinici di 3 casi personali operati secondo questi principi. Due ragazze di 15 e rispettivamente di 18 anni guarirono, mentre il terzo paziente, un diabetico di 60 anni, venne a morte per coma diabetico in 10ª giornata, quando oramai il processo pleurico e polmonare era quasi debellato. Illustra la comunicazione presentando le fotografie ed i radiogrammi polmonari dei due casi guariti.

Seduta antimeridiana (16 ottobre, ore 9).

Presidente: Prof. Alessandri.

Seguito delle comunicazioni.

Donati M. (Torino). — *Strumento per chiusura, sezione e sutura del duodeno (con dimostrazione sull'animale)*. — L'O. dimostra praticamente, in un esperimento sul cane, l'uso di una pinza da lui disegnata che permette di schiacciare e mantenere chiuso il moncone orale, di sezionare il duodeno con una lama tagliente; di comprimere e di suturare facilmente il moncone duodenale con una manovra facile e semplicissima. La pinza può essere usata quando il duodeno è estrinsecabile e la parete non è alterata.

Ronzini M. (Bari). — *Sulla fibro-adenomatosi del seno maschile*. — Illustra 8 casi di fibro-adenomatosi della mammella maschile. Cura preferibilmente chirurgica. Per i caratteri di fibrosi il problema diagnostico è particolarmente difficile.

Toro N. (Bari). — *Rilievi istologici su un caso di ginecomastia unilaterale*. — Ha osservato in un uomo di 59 anni una ginecomastia unilaterale. La tumefazione data da 8 mesi. L'O. pensa a una genesi da disfunzione poliormonica.

Fasiani G. M. e Olper L. (Padova). — *Importanza della posizione (lordosi lombare accentuata) per la raccolta del succo gastrico a scopo di esame funzionale*. — Ha osservato la grande importanza che ha la posizione del malato nel prelevamento del succo gastrico. La posizione in reclinazione, con lordosi accentuata lombare, rallenta il ritmo di svuotamento del contenuto gastrico e permette una raccolta prolungata ed esatta.

Olper L. (Padova). — *Può la secrezione gastrica essere influenzata dallo stimolo meccanico?* — La stimolazione meccanica antrale determina secrezione gastrica del fondo; negli ulcerosi gastroduodenali e specie in questi ultimi esiste uno stato di ipereccitabilità antrale.

Oliani E. (Trieste). — *Esofagoplastica pretoracica per stenosi da caustico*. — Presenta un caso, il primo in Italia, di esofagoplastica per stenosi da caustico. Espone i vari metodi per ovviare alla stenosi, illustrandoli con proiezioni. Presenta l'ammalata guarita. Ha usato nel suo caso il metodo di Lexer adoperando per la plastica un'ansa del tenue anastomizzata distalmente allo stomaco e portata sotto la pelle del torace. Nel tratto superiore l'ansa si continua con un tubo sottocutaneo di pelle che la unisce al moncone esofageo fissato nella fossa sopraclavicolare. Nella deglutizione si vede il bolo passare per il neoesofago cutaneo e, molto distintamente, appaiono i movimenti peristaltici vivaci dell'ansa sottocutanea.

ALESSANDRI R. (Roma). — *Piombaggio con tessuto muscolare delle cavità residue dalla asportazione di tumori cerebrali.* — Riferendosi ad un caso, da lui operato 12 anni fa per epilessia Jacksoniana seguita ad un ascesso cerebrale da grave trauma cranio-encefalico per ferita da scheggia di granata, in cui sostituì la cicatrice escissa dalla sostanza cerebrale con un blocco di muscolo dello stesso malato, senza nessun inconveniente, anzi con la guarigione permanente dell'epilessia, riferisce sull'utilizzazione di autotrapianti muscolari in grossi cavi risultanti dalla asportazione di tumori cerebrali, di cui espone due casi operati nel 1929 e nel 1930. Con questo mezzo ha ottenuto buona emostasi del cavo e la possibilità di una riunione per prima con guarigione senza inconvenienti in breve tempo.

FASIANI (Padova). — È stato osservato che i rapidi processi autolitici cui va incontro il tessuto muscolare portano fenomeni di intossicazione a carico della sostanza cerebrale. Per tale ragione preferirebbe usare trapianti liberi di grasso.

CAPPELLI (Ancona). — Ha usato in un caso di sarcoma cerebrale tessuto muscolare per l'emostasi con buon risultato. Forse si potrebbe usare, a colmare il cavo, trapianti muscolari e grassosi.

ALESSANDRI (Roma). — I risultati ottenuti nei suoi casi sono stati ottimi, nè ha avuto occasione di osservare nessun sintomo cerebrale in dipendenza di un eventuale prodotto tossico di origine autolitica, dal trapianto muscolare.

VALDONI P. (Roma). — *Contributo alle indicazioni e alla tecnica della coledoco-duodenostomia sopraduodenale.* — La coledoco-duodenostomia consiste nell'anastomosi tra duodeno e porzione sopraduodenale del coledoco. Si stabilisce così una via diretta e facile di deflusso biliare, il che è utile in casi di angiocolite, di stenosi infiammatoria o neoplastica dell'estremo distale del coledoco; attraverso la stomia possono passare anche calcoli del coledoco o dell'epatico non visti e non asportati con la coledocotomia. L'anastomosi viene eseguita latero-laterale isoperistaltica, lunga circa 4-5 cm., a due piani a punti staccati. Il drenaggio è necessario. Illustra casi clinici.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidente: Prof. ALESSANDRI.

Seguito delle comunicazioni.

MELINA F. (Messina). — *Resezione mediogastrica per stomaco a clessidra da ulcera della piccola curvatura.* — L'O. in seguito ai buoni risultati ottenuti nello stomaco a clessidra con la resezione anulare mediogastrica, ritiene che in molti casi di tale affezione, il detto metodo operatorio radicale sia indicato, non solo perchè ridà allo stomaco press'a poco la sua forma e gli conserva la via naturale di svuotamento, ma anche perchè, in ogni evenienza, rende possibile un secondo intervento di qualunque portata sullo stesso organo.

TADDEI (Pisa). — Dà la preferenza alla resezione antrale; nelle resezioni a manica per le interruzioni nervose e muscolari si ha ristagno antrale nè si modifica la secrezione gastrica in modo da ridurre al minimo la possibilità di una recidiva.

BRANCATI (Roma). — Riconosce alla resezione a manica il vantaggio di ridare all'organo la sua forma normale. All'appunto della interruzione nervosa si può obbiettare la possibilità di una ricostituzione delle vie nervose. La questione della cura dell'ulcera gastrica è ancora non bene stabilita e non si può affermare con certezza che la resezione piloro-antrale sia da preferirsi a quella a manica nella cura dell'ulcera della piccola curvatura.

ALESSANDRI (Roma). — Ha usato il metodo di resezione a manica in casi di ulcera callosa della piccola curva con buoni risultati definitivi.

MELINA (Messina). — Ritiene che la resezione medio gastrica trovi la sua indicazione nello stomaco a clessidra, in casi di ulcera semplice sono forse da preferirsi altri metodi.

VELO C. (Padova). — *Ricerche ematologiche sui resecati gastro-duodenali.* — In 44 resecati gastrici per ulcera ha osservato costantemente ipocloridria con tendenza alla anacloridria. Normale è stato l'esame completo del sangue e quindi mai anemia. Conclude che anche sotto questo punto di vista la resezione gastrica non ha controindicazioni.

CHINAGLIA A. (Napoli). — *Ricerche sulla flora batterica dopo la resezione gastrica.* — Ha studiato batteriologicamente il contenuto gastrico dei resecati. Nei primi mesi ha trovato il bacterium coli, dopo 4-5 anni il coli era scomparso e sostituito da una flora gram positiva (streptococchi e germi della fermentazione lattica).

UFFREDUZZI (Torino). — Bisogna pensare alla possibilità di una eliminazione di coli dallo stomaco dipendente da una batteriemia postoperativa. Nello stomaco dei resecati ci sono condizioni favorevoli alla moltiplicazione dei germi.

FAMILIARI G. (Torino). — *Plastiche epiploiche peduncolate nelle ferite da taglio nello stomaco.* — Sperimentalmente ha chiuso ferite a tutto spessore nello stomaco adattandovi lembi peduncolati di epiploon. Insuccessi nel 10 %. Macroscopicamente si ha la *restitutio ad integrum*, microscopicamente una cicatrice.

FILIPPA C. (Roma) — *Contributo sperimentale al raffronto fra la prova di Rosenthal, il rosa bengala, l'Azorubin nella esplorazione funzionale del fegato.* — Nello studio della funzionalità epatica, i colorati che meglio si prestano sono il rosa bengala, la fenoltetracloroftaleina e l'Azorubin. Di questi con esperienze su animali, ha visto essere il più sensibile il rosa bengala e tale da imporsi nella pratica.

CECCARELLI G. (Bari). — *Sul decorso di alcuni stati morbosi della cavità addominale, dopo sezione del nervo vago al disotto del diaframma. (Ricerche sperimentali).* — In casi di peritonite generalizzata mortale provocata da apertura ampia dell'intestino, sopravvivono più a lungo gli animali a vago sezionato sotto il diaframma. Ciò

avvalora l'opinione che lungo il vago giungano direttamente al midollo prodotti tossici dalla cavità peritoneale provocando l'insorgenza dei sintomi a tipo bulbare delle infezioni peritoneali.

ALBERTI V. (Reggio Calabria). — *Contributo alla conoscenza del pseudomixoma del peritoneo di origine appendicolare.* — Illustra ampiamente un caso clinico discutendone la patogenesi e la terapia.

VALLEBONA V. (Genova). — *Sulle modificazioni della curva amminoacidemica negli appendicitici.* — L'O. ha esaminato la curva amminoacidemica in 23 casi di appendicitici, i quali tutti subirono in seguito un intervento operatorio. In 7 casi trovò una curva patologica che spiega come dovuta al risentimento epatico causato dall'appendicite. Richiama l'attenzione sulla alterazione della funzionalità epatica negli appendicitici.

DE GAETANO L. (Napoli). — *Un sintoma costituzionale per la diagnosi dei casi dubbi di miofibroma uterino.* — Ha osservato in alcuni casi di miofibroma uterino un aspetto mascolino delle pazienti, morfologicamente del tipo macrosplancnico con carattere dinamico-umorale. Mette in evidenza come la giusta interpretazione di questi sintomi possa rappresentare un dato imponente nella diagnosi di tumore dell'utero e tumore addominale a contenuto liquido (cisti ovarica).

BATTAGLIA — Ha osservato in 3 casi di miofibroma uterino edema a tipo ipotiroideo degli arti inferiori, scomparso con cura di tiroidina.

ALESSANDRI. — Ha osservato casi netti di irsutismo e di viriliscenza in casi di tumori delle capsule surrenali specie del tipo corticale. Quadri simili si hanno per tumori e lesioni croniche ovariche e talora per cessazione della funzione ovarica. I casi del De Gaetano dimostrerebbero alterazioni simili anche per alcuni tumori uterini.

TADDEI D. (Pisa). — *Su di un artificio per favorire la ricerca di corpi estranei o di calcoli renali difficili da ritrovare (Radiografia intraoperatoria previa fissazione di un capo metallico profondo).* — Richiama l'attenzione su un utile procedimento di tecnica nei casi di estrazione difficile di piccoli corpi estranei durante un intervento operativo già iniziato. Esso consiste di introdurre nella ferita un corpo estraneo metallico ben noto; poi si fascia l'ammalato per esaminarlo sotto i raggi. Si praticano delle radiografie e si stabiliscono così i rapporti fra l'oggetto metallico e il corpo che si vuole estrarre. In base al reperto radiografico, riportato l'ammalato in camera operatoria, si può facilmente procedere all'estrazione.

GHIRON V. e SCANDURRA S. (Roma). — *Le alterazioni del rene sano nelle pielonefriti chirurgiche.* — Espone i risultati di ricerche eseguite col dott. Scandurra volte a dimostrare come il rene leso produca danni all'organismo non solo per la mancata eliminazione dei princìpi urinosi, ma anche per il fatto che vanno in circolo prodotti del disfacimento cellulare. Gli OO. hanno isolato un rene di un coniglio e lo hanno leso o con veleni minerali (acetato di cerame) o con tossine batteriche (stafilococchi, streptococchi, bacterium coli). Il siero di questo animale iniettato in un coniglio sano produceva lesioni renali (nefrite albuminosa o necrosi dei tubuli) albuminuria e cilindruria per un corto periodo di tempo Gli OO. ritengono sia questa una conferma ai concetti su esposti.

PALMA. — Pensa che non si tratti di sostanze specifiche ma di sostanze tossiche prodotte dall'autolisi dei tessuti danneggiati la cui eliminazione attraverso l'unico rene funzionante determina alterazioni di quest'organo.

GAETA G. (Roma). — *Nefrite suppurativa (antrace del rene). Contributo personale.* — La lesione renale era consecutiva a un patereccio. Stabilita l'integrità funzionale del rene opposto ottenne la guarigione completa con nefrectomia. Nel pus fu isolato lo stafilococco aureo.

RUSCICA G. (Roma). — *Rene soprannumerario.* — Il rene aveva sede nella regione ipogastrica, era quanto un uovo di tacchino. Il rene normale dello stesso lato era un po' ipotrofico, quello opposto sensibilmente ipertrofico. Da vari esami l'O. riconosce una indipendenza funzionale al rene soprannumerario e l'esistenza di vie escretive pervie.

PELLEGRINI A. e BARCELLA L. (Chiari). — *Il contributo della radiologia alla diagnosi di alcune sindromi addominali acute.* — Da alcuni anni gli OO. eseguiscono sistematicamente l'esame radiologico in casi di sindromi addominali acute. In molti casi tale ricerca non ha portato un contributo pratico alla diagnosi: in alcuni casi invece ha confermato, o facilitata, o completata la diagnosi clinica.

Gli OO. illustrano parecchi casi di occlusione intestinale acuta, di peritonite suppurativa da appendicite, di tumori ovarici torti sul peduncolo, nei quali la radiologia offrì reperti interessanti, che portarono un contributo alla diagnosi.

L'esame radiologico si dimostrò particolarmente vantaggioso in due casi di invaginazione intestinale post-operatoria, di difficile diagnosi. Perciò gli OO. considerano l'esame radiologico, che va eseguito con la dovuta prudenza e spesso senza mezzi artificiali di contrasto, un complemento utile delle altre ricerche cliniche nella diagnosi di alcune sindromi addominali acute (occlusione intestinale, perforazioni del tubo digerente, peritonite, ecc.), e propugnano che venga eseguito più spesso, o meglio sistematicamente, sia per l'importanza pratica che può avere in alcuni casi, sia perchè l'argomento sembra loro meritevole di maggiore studio e considerazione.

BATTILORO M. (Napoli). — *Ricerche sperimentali sulle cisti solitarie del rene.* — Ha provocato nel rene la formazione di cisti con la tecnica del Latteri e ha eseguito in esso trapianti di vari tessuti e organi. Conclude che le cisti ottenute derivano dall'attecchimento del bacinetto innestato.

BATTAGLIA. — Il rene diventa cistico o policistico o per alterazione embrionaria o per cause infiammatorie coadiuvate o no da una condizione meccanica.

VIRGILLO F. (Nicastro). — *I rapporti fra angolo colico e rene mobile studiati radioscopicamente.* — Ha osservato due condizioni; nella prima tan-

to il rene che l'angolo colico sono mobili, nella seconda sono solidarizzati con aderenze infiammatorie. Nel primo caso la nefropessi non porta alla fissazione del colon. Ne consegue l'utilità pratica di stabilire prima dell'intervento il rapporto tra i due organi.

CUSANI M. (Napoli). — *Le contusioni sul bacinetto renale* — Provocando contusioni nel bacinetto ha osservato che quando l'azione traumatica non raggiunge gradi eccessivi si ha *restitutio ad integrum* in tempo variabile senza disturbi funzionali apprezzabili.

CILENTO M. (Napoli). — *Le modificazioni del tasso glicemico e glicosurico nelle infezioni vescicali.* — Conclude che una infezione vescicale riduce il tasso glicosurico per la scissione dello zucchero per opera dei microrganismi, questa riduzione è scarsa nei casi acuti, massima nello stato cronico. La diminuzione è più evidente nelle infezioni da bacterium coli. Le modificazioni del tasso glicemico non subiscono sensibili differenze infettando la vescica con questo o quell'altro germe.

GIULIANI G. (Parma). — *Calcolosi epatica e colecistite a fragola sperimentali.* — In esperienze condotte con varia tecnica ha ottenuto calcolosi epatica e cistifellee a fragola. Ha completato lo studio con ricerche sul succo gastrico, sullo stato batterico della bile, sul tasso colesterinico della bile della cistifellea, con analisi chimiche delle concezioni ottenute con l'esame radiologico.

ROLLO S. (Napoli). — *La virulenza dello stafilococco nel midollo delle ossa.* — Dalle ricerche eseguite appare che lo stafilococco inoculato nel midollo delle ossa assume una maggiore virulenza.

BARCO P. (Genova). — *Micosi del polso e sede sottocutanea da Halobyssus Zukal.* — L'O. descrive un caso di indubbio interesse caratterizzato da una lesione a sede sottocutanea e di tipo granulomatoso localizzata in corrispondenza della regione anteriore del polso sinistro e della corrispondente regione tenare e ipotenare. Numerose ricerche vennero eseguite sia sotto il punto di vista clinico sia istopatologico e batteriologico. Si è potuto attualmente giungere alla conclusione che il micete patogenetico causa della lesione appartiene al gruppo Halobyssus Zukal, sinora mai riscontrato quale causa di lesioni parassitarie nell'uomo.

CHIARIELLO A. G. (Napoli). — *Sul meccanismo d'azione delle soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio: loro influenza nell'uremia sperimentale.* — Le iniezioni di soluzioni ipertoniche producono una indubbia sopravvivenza su animali uremici di controllo. Pare che il meccanismo d'azione sia quello di una funzione antitossica.

* * *

È stata approvata una modificazione dello Statuto per cui viene nominato un Comitato direttivo a larga base eletto per un triennio e un Comitato ordinatore annuo.

Il Comitato direttivo viene così composto: *Presidente*: prof. ALESSANDRI (Roma); *Vice Presidenti*: proff. GIORDANO (Venezia) e DONATI (Torino); *Consiglieri*: proff. ROSSI B. (Milano); LEOTTA (Palermo); TADDEI (Pisa); FASIANI (Padova); TUSINI (Genova); MAROGNA (Sassari); PASCALE (Napoli; on. FIORETTI E. (Roma); on. GUACCERO (Bari); *Segretario*: prof. BRANCATI (Roma); *Cassiere*: prof. LAURENTI (Roma).

Il Comitato ordinatore per il 1930-31 è così composto: *Presidente*: prof. RIGHETTI (Bari); *Consiglieri*: prof. PAOLUCCI (Parma) e col. prof. CACCIA (Roma); *Segretario*: prof. CECCARELLI.

È stato stabilito come tema di Relazione per il 1931 il seguente: *Sindromi associate dell'addome destro*. Relatore: prof. N. LEOTTA (Palermo).

Il tema di relazione in comune con la Società Italiana di Medicina Interna è il seguente: *Pancreatite acuta e cronica.* Relatore: prof. U. DONATI (Torino).

Il Congresso ha fissato anche il tema per il 1932 (biennale) e cioè: *Trattamento delle bronchiettasie.* Relatori: proff. FASIANI e BRANCATI.

A sede del prossimo Congresso è stata scelta Bari.

* * *

Durante le sedute del Congresso il prof. ALESSANDRI ha tenuto 2 sedute operatorie e cioè: Ulcera duodenale; resezione gastrica con anastomosi gastro-duodenale termino-laterale (metodo Billroth I, modificazioni Haberer); Tubercolosi renale D., nefrectomia; Calcolosi renale bilaterale, Pielolitomia del rene meno leso; Sarcoma recidivo della coscia, exeresi con il coltello diatermico.

P. VALDONI.

XXI Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Roma, 11-12 ottobre 1930-VIII.

Si è tenuto in Roma nei locali della Clinica Ortopedica al Policlinico, il 21° Congresso della Società Italiana di Ortopedia, con pieno successo per numero di intervenuti e importanza degli argomenti trattati.

Alla solenne inaugurazione era presente un folto stuolo di autorità. Il prof. DALLA VEDOVA, presidente del Congresso, nel suo discorso inaugurale, mette in rilievo l'interesse sociale sempre crescente della specialità.

Ha quindi la parola il prof. GALEAZZI (Milano) il quale svolge una sua mozione per l'*assistenza ai bambini storpi e paralitici*. L'O. fin dal 1905 ha iniziato un'attiva propaganda per la creazione di istituzioni capaci di offrire ai bambini invalidi per storpiaggini congenite o acquisite un'assistenza completa; infatti solo la coesistenza nel medesimo istituto, della clinica ortopedica, della scuola e del laboratorio rende possibile la redenzione sociale di questi infelici.

Purtroppo la nostra Patria difetta ancora di simili istituzioni; e non ultima ragione dell'indifferenza con cui il problema è da molti considerato è dovuta all'assenza di statistiche che indichino con precisione il numero dei bambini storpi, paralitici e mutilati. Per analogia a quello che si è trovato in altre Nazioni si può calcolare, in base a percentuali, che il loro numero in Italia sia superiore a 60.000. Ma un rilievo statistico esatto si impone e l'O. si augura che sia provveduto in tal senso in occasione del prossimo censimento.

Concludendo l'O. invita la Società a farsi promotrice di una Società Nazionale per l'assistenza

dei bambini storpi, paralitici e mutilati, con il compito di promuovere quest'attività assistenziale; invoca all'uopo l'appoggio dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Rispondendo al prof. GALEAZZI il prof. VALAGUSSA, sub-commissario dell'Opera Maternità ed Infanzia, presente alla seduta, afferma che l'Opera sarà ben lieta di collaborare con la Società di Ortopedia per la realizzazione di questi fini altamente sociali.

Al termine della seduta inaugurale gli intervenuti sono passati a visitare l'interessante mostra di strumenti e apparecchi ortopedici, cui hanno partecipato le più importanti officine specializzate.

* * *

Nella seconda seduta si iniziano i lavori scientifici.

Il dott. MEZZARI (Trieste-Valdoltra) riferisce sul primo tema di relazione:

Il trattamento chirurgico della tubercolosi del ginocchio.

L'indirizzo di cura della tubercolosi articolare in genere, e di quella del ginocchio in particolare, dopo avere oscillato fra un estremo interventismo e un estremo conservatorismo, è attualmente più eclettico, tenendo in maggior conto delle condizioni generali e locali dell'ammalato, della sua età, delle sue condizioni sociali per la scelta di un piano di cura più strettamente individualizzato.

Soprattutto non si deve dimenticare che il gonilitico è un tubercoloso e quindi, sia che ci atteniamo alla semplice cura ortopedica (immobilizzazione) sia che si preferisca intervenire, le risorse climatiche e l'elioterapia costituiscono sempre i fattori più importanti nel piano di recupero.

La terapia chirurgica della gonilite, intesa soprattutto ad abbreviare il periodo di cura, ha visto aggiungersi in questi ultimi anni ai metodi antichi, classici sul cui valore clinico gli AA. sono tutti concordi, processi operatori nuovi aventi lo scopo di agire sulle lesioni con interventi il meno possibile demolitori.

Il metodo classico nel trattamento chirurgico della gonilite è la:

1. *Resezione*: nettamente sconsigliabile nell'infanzia e salvo per rari casi e per certe modalità tecniche, anche negli adolescenti, essa è da considerarsi nell'adulto il metodo di scelta. Naturalmente il paz. deve essere in condizioni tali da dare affidamento di poter sopportare bene il trauma operatorio, ed è probabile che i risultati migliori e più sicuri diano le operazioni eseguite in ammalati sottoposti a un preventivo trattamento elio-climatico, associato a riposo articolare.

I pazienti di età avanzata, per la scarsa capacità riparativa ed osteopoietica dei tessuti, si prestano male alla resezione.

La presenza di fistole non controindica l'intervento.

Per quel che riguarda la tecnica, il metodo di Durante deve considerarsi sempre uno dei migliori. Desiderando un'ablazione più completa delle parti ammalate, si potrà procedere per via extracapsulare secondo Fredet: in questo caso si ha però l'inconveniente di dover sacrificare la rotula. Consigliabile sempre l'ischemia. L'asportazione della capsula e dei legamenti sarà il più possibile completa: da conservare il legamento rotuleo. Quanto alla sezione ossea spesso bisognerà adattare il tipo alla speciale localizzazione delle lesioni, in modo da essere il più economico possibile. L'O. crede di dover consigliare il drenaggio: egli pratica una contro-apertura nel cavo popliteo fra semimembranoso e semitendinoso. Cure post-operatorie: immobilizzazione in estensione o in flessione lievissima fino a consolidazione avvenuta, ciò che richiede dai 3 ai 6 mesi di solito (controllo radiografico!). Cure di sole e climatiche contribuiscono alla riuscita dell'intervento, esaltando i poteri di difesa dell'organismo.

I risultati sono ottimi (anchilosi, guarigione durevole) nel 60-70 % dei casi; nel 10-15 % si hanno fistole, ritardi di consolidazione, anchilosi fibrosa.

2. *Amputazione*. Vi si ricorre eccezionalmente (2 % circa dei casi) per sollevare un paz. in condizioni gravi, con localizzazioni osteoarticolari molteplici o tbc. polmonare evolutiva; per dominare una grave infezione mista suppurante. L'età avanzata può costituire pure un'indicazione per l'amputazione.

3. *Metodi di chirurgia conservativa*: comprendono alcuni recenti tentativi di cura chirurgica destinati specialmente a cercare di abbreviare il periodo di cura negli adolescenti: caratteristica comune a questi metodi è l'impiego di innesti ossei, pur con propositi e basi teoriche assai dissimili.

Maragliano (1914) per il primo ha avuto l'idea di infiggere innesti osteoplastici epifisari nelle tubercolosi osteo-articolari a scopo di remineralizzazione e di stimolo vitale.

Successivamente il chirurgo argentino Robertson Lavalle, partendo dal concetto discutibile che nei focolai epifisari in evoluzione esista una stasi da strozzamento dei vasi efferenti, ha proposto di rompere la barriera strozzante, di disincarcerare il focolaio, mediante l'infissione di stecche ossee metafiso-epifisarie. Alle prime entusiastiche pubblicazioni dell'A., riportanti risultati meravigliosi, altre numerose seguirono assai disuguali nelle conclusioni. In complesso il metodo pur senza poter avere la pretesa di guarire in breve tutte le osteoartriti tbc., e pur determinando in alcuni casi un evidente peggioramento, ha portato in un certo numero di casi (15-20 %) miglioramenti più o meno notevoli.

Pochi AA. tuttavia concordano con il Robertson nell'interpretazione del modo di agire degli innesti. La maggior parte dà grande importanza alla trapanazione epifisaria che, provocando una iperemia, determinerebbe condizioni favorevoli alla formazione di osso nuovo, e all'azione ricalcificante dell'innesto

Mediante transfissione dell'articolazione (Uffreduzzi) o apposizione di due stecche laterali (Dupuy de Frenelle) altri vi aggiungono l'azione immobilizzante che l'innesto osseo può dare.

Vignard procede prima allo svuotamento delle epifisi tibiale e femorale, riempiendo in ultimo le cavità con innesti ossei o con pasta di Mosetig.

In complesso si può dire che questi metodi siano ancora in uno stadio sperimentale: per poterne dare un giudizio definitivo bisognerà studiarne la portata, le indicazioni più favorevoli, i risultati lontani.

La *simpatectomia periarteriosa* di Leriche può

trovar posto fra i metodi di chirurgia conservativa in quanto che pur non potendo avere un ruolo principale nella cura della gonilite, può in casi speciali rendere qualche servizio come intervento sussidiario non difficile nè pericoloso (es. per favorire la riparazione dopo una resezione o la guarigione di fistole, ecc.).

Concludendo ecco schematicamente quale deve essere la condotta terapeutica a seconda delle varie modalità clinico-anatomiche:

1. Sinovite (forme sinoviali clinicamente primitive): elioterapia, immobilizzazione e scarico. Svuotamento semplice in caso di versamento importante. Guarigione nel 90 % dei casi.
2. Osteite (focolai epifisari senza interessamento dell'articolazione): exeresi, quando è possibile.
3. Osteoartrite (la forma più frequente): la condotta terapeutica sarà differente a seconda dell'età del paz. e anche delle sue condizioni sociali:

a) infanzia: trattamento rigidamente conservativo: elioterapia al mare o ai monti e vigilanza ortopedica;

b) adolescenti: in questi spesso caratteri di gravità e di ostinatezza del processo; così anche per considerazioni di indole sociale (scuole, lavoro) sarebbe quanto mai utile poter abbreviare il decorso della malattia. Tuttavia non è il caso ancora di abbandonare in pratica la cura aspettante per adottare i metodi nuovi suindicati.

Solo fra i 20 e i 24 anni, e ove le epifisi non siano ancora completamente saldate, si potrà procedere a resezioni economiche;

c) età adulta: la resezione deve essere la regola e l'intervento di scelta. L'atto operativo potrà vantaggiosamente essere completato da un periodo di cura elioclimatica;

d) nell'età matura e nella vecchiaia quando vi siano ragioni per ritenere un insuccesso della resezione, non rimane che rivolgersi all'amputazione.

La interessante relazione è stata vivamente applaudita.

Sull'argomento hanno preso successivamente la parola numerosi congressisti. MARAGLIANO insiste sulle conseguenze che la lesione delle cartilagini di coniugazione, inevitabile nelle trasfissioni metafiso-epifisarie, deve avere sull'accrescimento dell'arto: chiede che dal Congresso esca una parola definitiva di condanna del metodo di Robertson. DELITALA, CAMERA, PASQUALI portano il loro contributo all'argomento. Su questioni affini parlano pure BAJ, DE FRANCESCO (cura degli ascessi tbc. con l'olio ad alta temperatura), GIUNTINI, POLI, RUSCICA, ODASSO, BIANCALANA ed altri.

Infine su proposta di SOLIERI, il Congresso fa voti perchè le pubbliche amministrazioni, cui compete l'onere della cura degli infermi di tbc. osteoarticolari, li inviino, anzichè nei comuni ospedali, negli istituti specializzati.

Terza seduta. — CAMURATI (Bologna) svolge il secondo tema di relazione:

Progressi recenti della protesi e degli apparecchi ortopedici.

L'importante monografia, presentata dall'O., dovrà esser letta nell'originale, non prestandosi a un riassunto.

Su argomenti affini al tema di relazione prendono la parola: GALEAZZI, che presenta un apparecchio meccanico per la cura del torcicollo e della cifoscoliosi cervicale: l'apparecchio può rendere utili servizi nella cura dei torcicolli di lieve grado, nel trattamento postoperatorio di quelli operati, nelle contratture secondarie ad artriti non tbc., negli spasmi muscolari d'origine nervosa ecc.; ALBANESE, che mostra un suo lettino che agevola la costruzione di lettini o corsetti nella cura del dorso curvo; VENEZIAN che espone i concetti che lo guidano nella costruzione dei plantari per la cura delle deformità statiche dei piedi; LAVERMICOCCA che illustra alcuni apparecchi destinati ad agevolare il recupero professionale di alcune categorie di operai (serranodo per i tessili).

* * *

Si passa quindi a trattare le numerose *comunicazioni* su argomenti svariati. Prendono la parola: DE GAETANO, DEL TORTO, MARINO ZUCO, FORNI (tre casi di cisti ossee curate con trapianti ossei massivi); GALEAZZI (nota preliminare su un nuovo metodo di trattamento della lussazione abituale della spalla, mediante tenodesi della porzione lunga del bicipite), GIRAUDI (pseudoepifisi), TANCREDI, VALDONI, VIGANÒ, SBISÀ e altri.

Da ultimo LAVERMICOCCA (Torino) illustra con un film, il suo metodo per la rieducazione del cammino nelle paraplegie spastiche infantili.

* * *

A sede del prossimo Congresso viene scelta Milano: presidente sarà il prof. GALEAZZI.

I temi di relazione accettati dall'assemblea sono due: 1) *L'indirizzo attuale della cura ortopedica nei postumi della paralisi infantile* (proposto da GALEAZZI); 2) *Cisti ossee* (proposto da FORNI).

Inoltre il Congresso ha approvato la proposta di PUTTI di scegliere sin da ora come tema di relazione da svolgersi nel Congresso del 1932 il *Trattamento della lussazione congenita dell'anca.*

E. VENEZIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sperimentali su cavie neonate col vaccino B. C. G. per bocca

A. I. Togucowa e M. M. Larionowa (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, 57, 5, 1930) hanno praticato tali ricerche, usando dosi variabili di vaccino (mg. 3,75 - mg. 15), ed ottenendo i seguenti risultati:

Le cavie inoculate non hanno mostrato uno sviluppo ed un accrescimento inferiore a quelle di controllo.

Dopo 1-2 mesi si è sviluppata nelle cavie vaccinate una allergia di breve durata, provocante una reazione debolmente positiva nel 25-55 : 100, con la vecchia tubercolina di Koch. L'invasione bacillare attraverso la mucosa intestinale ha luogo già nei primi giorni dopo l'ingestione del vaccino.

In alcune cavie uccise a distanza di tempo variabile si può constatare la presenza di bacilli nelle ghiandole del collo, in quelle del mesentere e nel fegato; alcune altre, poi, mostrarono alterazioni istologiche di scarsa entità, specialmente nelle ghiandole mesenteriche (noduli rudimentali, proliferazione del reticoloendotelio) e nei polmoni (flogosi sclerotiche, focolai pneumonici interstiziali), riferibili all'azione del vaccino B.C.G.

In nessuna cavia, però, si misero in evidenza manifestazioni tubercolari conclamate; ma in nessun animale vaccinato per bocca si sviluppò uno stato immunitario netto contro la successiva infezione per via sottocutanea con piccole quantità di bacilli tubercolari virulenti. Alcune cavie trattate con B.C.G. sopravvissero 1-2 mesi di più dei rispettivi controlli, sviluppandosi un peso notevolmente meglio di questi. Il processo tubercolare acquistò in alcune cavie prevaccinate un carattere anatomico spiccatamente fibroso.

Poichè le ricerche eseguite non mostrarono una uniformità di comportamento assoluto, si deve ritenere che sulle prove immunitarie esercitano una certa influenza anche delle manifestazioni accidentali svariate.

M. FABERI.

Sulle vaccinazioni protettive nella tubercolosi.

E. Nobel, (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 30, 1930), osserva che la vaccinazione attiva contro la tubercolosi si può attuare con bacilli vivi e virulenti, con bacilli vivi a virulenza attenuata od abolita oppure con bacilli uccisi o i loro prodotti. Soltanto la vaccinazione con bacilli vivi riesce a determinare una immunità, i bacilli devono però essere virulenti, in modo da provocare la formazione di tessuto tubercolare. La vaccinazione con bacilli vivi e virulenti va però scartata perchè troppo pericolosa; noi non siamo infatti in grado di poter limitare l'infezione ad un processo locale e di impedirne la generalizzazione. L'immunizzazione con bacilli morti e con i loro derivati è inefficace. Recentemente Langer sarebbe riuscito a provocare sperimentalmente la formazione di tessuto tubercolare privo di bacilli, iniettando bacilli uccisi: i risultati non sono però stati confermati da successivi ricercatori. Sono falliti anche i tentativi di immunizzare con ceppi meno o non patogeni per l'uomo, come i bacilli della tubercolosi aviaria, i bacilli della tubercolosi delle tartarughe (Friedmann) ecc.

Il vaccino di Calmette consiste in bacilli bovini attenuati, ma virulenti: l'iniezione sottocutanea non è quindi priva di pericolo, specialmente nel neonato, particolarmente sensibile alla infezione tubercolare. La somministrazione orale del vaccino Calmette è invece sicuramente innocua, ma probabilmente anche inefficace. Questo metodo di immunizzazione può tentarsi, però soltanto nei neonati che vivono in ambiente tubercolare.

POLLITZER.

SEMEIOTICA.

La pressione sanguigna normale.

Moog (*Die Mediz. Welt*, n. 27, 1930) riprende l'annosa questione della pressione sanguigna, ne discute i mezzi di misurazione e ne ricorda le principali oscillazioni.

Comincia col ricordare il metodo di Riva Rocci, a cui rimprovera solo la limitazione della scala graduata che non supera i 250 mm. e la poca praticità per il trasporto al letto del paziente. Consiglia poi come più indicati per la misura della pressione il metodo palpatorio (meglio aspettare che, decomprimendo il bracciale, ricompaiano i toni), ed il metodo ascoltatorio; tra i due esisterebbe una differenza che va dai 5 ai 10 mm.

Misurando la pressione sull'avambraccio noi dobbiamo però tener conto di molti fattori che certo influenzano i risultati finali; e cioè la lentezza del manometro a mercurio, la larghezza del bracciale, la rigidità e la tensione della parete arteriosa, la resistenza delle parti molli in rapporto al loro tono e al loro spessore.

L'A. raccomanda a questo proposito di sgonfiare completamente il bracciale tra una misurazione e l'altra, per non provocare delle stasi venose.

Un'unica misurazione non basterà a determinare la pressione; occorreranno almeno due misurazioni e ripetute per qualche giorno.

Infatti la pressione presenta delle oscillazioni in rapporto alla giornata, che sono ormai ben conosciute.

L'età, il peso e la grandezza del corpo influiscono pure sul grado della pressione; influenze psichiche, impressioni dolorose, lavoro cerebrale, attività fisica, possono aumentare la pressione arteriosa; essa diminuisce invece con i bagni elettrici, con l'elioterapia, negli stati dispnoici ed è abitualmente bassa nelle malattie cachettizzanti, e in certi stati costituzionali.

L'A. conclude augurandosi che si possa usare un giorno un apparecchio identico ed un identico bracciale per tutti i casi, in modo da poter confrontare con sicurezza i risultati ottenuti.

V. SERRA.

Sulla diagnosi di vizio semplice e di doppio vizio dell'orifizio aortico e mitralico.

E. Periti (*Cuore e Circolazione*, n. 1, 1930) passando in rassegna le ipotesi, che spiegano il soffio sistolico dell'insufficienza aortica, dà valore alla aumentata forza di contrazione del ventricolo sinistro ed alla maggiore quantità di sangue che nella insufficienza delle valvole semilunari passa attraverso l'orifizio aortico rimasto di ampiezza normale e quindi relativamente stenotico. L'A. mette inoltre in evidenza che nell'insufficienza arteriosa, le semilunari dure e rigide rimangono in posizione di semiapertura durante la diastole, ciò che costituisce, sebbene in minimo grado, una vera stenosi organica.

Nella stessa maniera l'A. critica la tendenza che spesso esiste in clinica di ammettere un doppio vizio mitralico dove l'indagine semiologica fornisce dati sicuri soltanto per la diagnosi di stenosi pura.

AR.

CASISTICA E TERAPIA.

Ulcerazione tubercolare degli intestini.

La diagnosi clinica di ulcerazione tubercolare dell'intestino è difficile non solo perchè spesso non è accompagnata da sintomi, ma anche (questo per la Cina) per la facilità a confonderla con disturbi intestinali comuni.

K'E-Kang Huang (*Te National Medical Journal of China*, aprile-giugno 1930) ha studiato clinicamente e anatomopatologicamente 43 casi. In 35 (81 %) c'era tbc. polmonare cronica, in 4 (9,5 %) c'era tbc. polmonare caseosa acuta con o senza tbc. attiva delle linfoglandole peribronchiali e mediastiniche, in 2 (4,5 %) si aveva tbc. di queste ghiandole con tbc. miliare, in 2 casi tbc. attiva delle linfoglandole cervicali, mediastiniche o peribronchiali e di questi due casi in uno c'era tbc. incapsulata dell'apice sinistro e nell'altro tbc. della pleura e del pericardio.

Secondo una statistica dell'A. nel 40,9 % dei tubercolosi polmonari si trovano ulcerazioni intestinali all'autopsia, mentre i dati di altri oscillano dal 50 al 90 %.

Nei riguardi dell'età, l'ulcerazione tubercolare intestinale è relativamente più frequente nei bambini al disotto dei 5 anni. Nei riguardi del sesso i casi dell'A. sono stati più numerosi fra i maschi, probabilmente perchè il loro numero è maggiore fra i ricoverati nell'ospedale dove queste ricerche furono fatte.

Per la sede le ulcere furono trovate principalmente nell'ileo, nel cieco e nel colon, mai nel duodeno. Le ulcerazioni non si presentano tutte allo stesso stadio di evoluzione.

Le lesioni dell'intestino grosso dànno diarrea, mentre le lesioni del tenue dànno per lo più stipsi, e quelle di entrambi stipsi e diarrea alternate. Non c'è rapporto fra l'estensione delle lesioni e la gravità dei sintomi intestinali.

Non esiste un criterio definito per la diagnosi di tbc. intestinale: la presenza di bacilli della tbc. nelle feci non è segno attendibile, l'emorragia intestinale è sintoma raro; altri segni sono i dolori addominali e la rigidità muscolare (oltre la diarrea e la stipsi o tutt'e due), come pure la presenza di tumefazioni intestinali. Nella metà dei casi si ebbe diarrea o diarrea alternata con stipsi e nell'altra metà feci normali o modica stitichezza.

Fu osservata spesso anemia secondaria.

In tre casi soli l'A. fece ricerche radiologiche, ma non ne ebbe risultati positivi. Le complicazioni osservate furono: la peritonite in 18 casi, la perforazione in 3 e la dissenteria bacillare accertata colle culture in due.

R. LUSENA.

Fattore di contagio in un caso di amebiasi intestinale.

M. Patriarca (*Ann. d'Igiene*, f. 8, agosto 1930) riferisce il caso interessante d'un individuo il quale presentava disturbi intestinali, riconosciuti, in seguito all'esame delle feci, di natura dissenterica, per *entamoeba histolytica*. L'origine del contagio non appariva chiara dall'anamnesi del paziente, ma l'A. con un accorto interrogatorio ha fatto confessare all'ammalato una sua relazione avuta con una formosa e giovane signora, con la quale si era abbandonato ai più immondi pervertimenti, fino ad introdurre la lingua entro l'ano della donna, la quale nel momento di eccitazione maggiore emetteva feci liquide, che venivano a contatto della bocca dell'uomo. Sospettata tale fonte d'infezione, l'A. ha voluto confermare se la donna fosse affetta da dissenteria amebica, ed infatti l'esame clinico e batteriologico è stato pienamente positivo. L'osservazione acquista pertanto importanza, perchè denunzia come spesso un'anamnesi che appare negativa, non è sufficiente a far escludere l'origine di alcune infezioni.

CARUSI.

La forma ambulatoria dell'appendicite acuta.

I casi di appendicite evolutiva acuta ambulatoria rientrano nel gruppo delle appendiciti acute a sintomatologia frusta, in cui mancano la maggior parte dei segni ordinari dell'appendicite, mentre non esiste che una sintomatologia banale: coliche e dolori leggeri nella fossa iliaca destra, nausea lieve, dolore localizzato alla pressione, senza difesa, senza sintoma di Rowsing, nè Blumberg, senza febbre alta.

In molti di questi casi a sintomatologia tenuissima, l'intervento dimostrò lesioni gravi e minacciose dell'appendice. In base ad una buona casistica Ouard (*La Presse Méd.*, n. 45, giugno 1930) richiama l'attenzione su questi fatti.

L'evoluzione di queste forme è varia; tutto può sparire e l'episodio resta inclassificato. Altre volte invece interviene improvvisamente una peritonite per perforazione. Altre volte ancora persiste una modica dolenzìa che poi spinge il malato dal medico, il quale ha la sorpresa di scoprire un largo piastrone di epiploite o un tumore infiammatorio.

Talora si può perfino sospettare una tubercolosi peritoneale; ma l'assenza del gonfiore del ventre, l'aspetto generale del malato, la formula ematologica, l'evoluzione non tarderanno a chiarire il quadro. L. TONELLI.

La vaccinoterapia nelle coliti.

Il trattamento medico (caolino, bismuto, solfato di sodio) guarisce ordinariamente le coliti, purchè vi sia associato un regime alimentare adatto in cui sono proscritti, per un certo tempo, il latte, la carne e le uova.

Se la malattia dura più a lungo, si potrà ricorrere alla vaccinoterapia: brodi-vaccini, a dosi di 20 cmc. somministrati un'ora prima dei pasti; la cura dura 20 giorni. Questo metodo sarebbe indicato soprattutto nelle rettocoliti gravi (*Journ. des praticiens*, 7 giugno 1930).

Un altro vaccino è preparato con le stesse feci del malato, diluite, trattate col carbone animale (deodorizzazione) e sterilizzate con lo jodio, ripartendo poi in fiale da 5 cmc.; una ogni 1-2 giorni, per bocca, mezz'ora dopo l'ingestione di estratto biliare.

Tutti questi vaccini vantano dei successi; i vaccini polivalenti, con aerobi ed anaerobi sarebbero i più efficaci, quelli di coli-bacilli spesso sono inefficaci.

Ad ogni modo, prima di ricorrere alla vaccinoterapia, si elimineranno le cause parassitarie che possono mantenere la colite (ameba coli, oxiuri, tricocefalo).

Anche il batteriofago di d'Hérelle avrebbe dato buoni risultati; una fiala, diluita in un po' di acqua; continuare per 20 giorni.

Tutte queste terapie nuove, però, non avrebbero successi più decisivi di quelle antiche ed i 20 giorni che sono generalmente necessari per tali cure sono spesso sufficienti per la guarigione nei casi in cui si ordini la sola dietetica e gli antichi medicamenti. *fil.*

Alcuni aspetti clinici dell'aerofagia.

L'aerofagia è spesso causa di una serie di sintomi, che il medico deve conoscere, e che vengono studiati da A. Winkelstein (*Jour. A. M. A.*, n. 19, 10 maggio 1930). Normalmente, tuttavia, può rappresentare un atto fisiologico.

Negli individui neuropatici tale atto fisiologico può apparire come una esagerazione della norma, in forma di eruttazione nervosa funzionale.

Altre volte invece è un sintoma, od un equivalente di affezione organica gastro-intestinale, della vescicola biliare, del fegato, o dell'apparato gastro-intestinale. Si può allora parlare di eruttazione sintomatica.

In un altro gruppo, cioè nella pneumatosi gastrica, l'aria è rinserrata nello stomaco, provocando sintomi gastrici, respiratori e cardiaci.

Nella pneumatosi gastro-intestinale l'aria introdotta passa dallo stomaco nel tenue, e nel crasso, originando un'altra sindrome, con sintomi spiccatamente intestinali. M. FABERI.

Nell'aerofagia della gravidanza.

Carbonato di bismuto	g. 10
Gomma arabica	g. 20
Acqua distillata	g. 300

Un cucchiaio 5 volte al giorno.

La cura del prurito e della ragade dell'ano.

Gabriel (*The British Medic. Journal*, 30 agosto 1930) ha proposto di usare per la cura del prurito e delle ragadi anali una soluzione detta A. B. A., composta di soluzione di anestesina al 3%, benzil-alcool al 5%, etere al 10% in olio sterile. Per il prurito anale se ne iniettano 10 cc. nella metà posteriore della regione perineale dividendo questa quantità in porzioni di 2 cc. 1/2 e iniettando quattro diversi punti profondamente in modo che la soluzione non provochi tumefazioni locali. Così si attenua notevolmente il prurito; dopo una settimana si inietta la zona destra dell'ano e dopo un'altra settimana si inietta quella sinistra. Queste zone sono state scelte perchè i nervi sensitivi giungono all'ano dalla parte posteriore e posterolaterale.

L'uso di una soluzione di percaina (percaina 0,5%, benzil-alcool 10%, fenolo 1% in 5 cc. di olio sterile) è più efficace dell'A. B. A. perchè ha effetto più rapido e più durevole.

Nella cura delle ragadi l'uso dell'A. B. A. e della percaina può avere efficacia solo per le ragadi superficiali, ma per quelle più profonde se ne potrà avere solo un sollievo temporaneo e sarà necessario intervenire. R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Metodo Gins per la colorazione del bacillo difterico. — Al dott. C. M. da C., abbonato n. 3192-1:

Il metodo di Gins per la colorazione del bacillo difterico (*Deut. med. Woch.* pag. 502, 1913) comprende i seguenti tempi:

1) Colorazione per alcuni minuti secondi colla miscela di due parti della soluzione A ed una parte della soluzione B di Neisser.

Lavare con acqua.

(Soluzione A: Bleu di metilene (Grübler) gr. 1; alcool etilico ordinario cmc. 20; acido acetico glaciale cmc. 50; acqua distillata cmc. 950).

(Soluzione B: Cristalvioletto (Höchst) gr. 1; alcool etilico ordinario cmc. 10; acqua distillata cmc. 300).

2) Trattamento per 3-5 secondi con liquido di Lugol, aggiunto dell'1 % di acido lattico concentrato. Lavare accuratamente con acqua.

3) Colorazione per alcuni secondi con soluzione acquosa di crisoidina 1:300. Lavare con acqua. Asciugare. Esaminare.

Per preparare la soluzione di crisoidina si scioglie questa in acqua bollente e dopo raffreddamento si filtra. PERGOLA.

Erpete labiale nelle malattie infettive. — All'abb. n. 2964:

L'erpete febbrile può essere solitario e rappresentare una vera malattia, denominata *febbre erpetica* e meglio *erpete febbrile*: sono queste forme che il pubblico chiama, *colpi di febbre*, di breve durata, con malessere e senza segni di localizzazione o di altra infermità concomitante.

L'erpete può essere, secondo la dizione degli antichi, *sintomatico* ed accompagnarsi a speciali malattie infettive, come polmonite, meningite c. sp. epidemica, malaria, ecc. (suol mancare in altre come tifi, paratifi, ecc.)

Sia nel primo caso che nel secondo caso l'erpes *è una malattia a sè*, determinata *da un virus filtrabile*, che determina una cheratocongiuntivite specifica nell'occhio del coniglio, trasmissibile in serie. *L'erpete solitario* cioè e *l'erpete sintomatico sono la stessa malattia*, che nel primo caso sorge solo con dignità di malattia vera, nel secondo caso è suscitata da una malattia infettiva, per una particolare virulentazione che il virus subisce in molti soggetti, e sotto l'azione di determinati stimoli tossici. Il virus erpetico può cioè essere suscitato dalla sua inerzia per oscure affinità con determinati germi, per cui può divenire quasi un rivelatore della malattia stessa. E' lecito ancora parlare di erpes febbrile e di erpes sintomatico per comodità a scopo diagnostico, non perchè esista una differenza sostanziale tra le due manifestazioni cliniche. PONTANO.

VARIA.

Recenti contributi di medici al progresso della chirurgia.

W. Mayo (*Journ. A. M. A.*, 30 agosto 1930) rileva che quando egli cominciò ad esercitare la professione, la distinzione fra medico e chirurgo era più nel titolo che nella pratica professionale, perchè il chirurgo allora faceva l'esame generale del malato, faceva la diagnosi, operava e seguiva l'andamento post-operatorio. Fino alla fine del XIX secolo la chirurgia era limitata quasi esclusivamente alle sole operazioni di necessità. Col progresso successivo il campo degli interventi chirurgici si è enormemente esteso e sono cominciate le divergenze fra medici e chirurghi, gli uni troppo conservatori, gli altri troppo aggressivi.

Oggi gli interventi sono numerosissimi e svariatissimi tanto che l'addestramento tecnico allontana il chirurgo dalla medicina generale e la specializzazione lo rende schiavo del clinico generico. Così sono nati gli istituti in cui medico e chirurgo collaborano insieme. Gli esperimenti sugli animali possono essere di orientamento nelle applicazioni chirurgiche, ma solo l'esperienza sull'uomo malato può dirci il vero valore pratico di un metodo operatorio. Così è stato per la chirurgia del simpatico. Il medico ha certamente insegnato al chirurgo che ci sono ulcere duodenali che non hanno bisogno di intervento.

Ci sono problemi medici che hanno importanza chirurgica. Così l'uso dell'iodio si è dimostrato utile nei disturbi tiroidei, migliorando le condizioni del paziente e permettendo un'operazione e, sempre nel campo delle malattie della tiroide, lo studio del metabolismo è indispensabile per una diagnosi esatta e per una esatta valutazione dei risultati terapeutici.

Lo studio del simpatico e delle surrenali fatto dai medici e dai chirurghi ha portato nel morbo di Raynaud l'intervento efficace consistente nella simpatectomia periarteriosa.

Mayo ricordando che la mortalità fra i chirurghi è maggiore che fra i medici e che fra i chirurghi c'è una forte percentuale di disturbi cardiaci da stenosi delle coronarie, si augura che le malattie del cuore possano in avvenire essere curate e ritiene che in questo campo siano necessarie investigazioni lunghe ed accurate. Billings volle ricordare che il successo della clinica Mayo è dovuto alla stretta collaborazione del medico col chirurgo; il secondo disse che oltre le malattie citate dal Mayo ce ne sono altre in cui la collaborazione del medico è stata di guida al chirurgo ed ha portato un notevole progresso e precisamente: il diabete che ora grazie all'insulina non controindica interventi chirurgici, la tubercolosi che oggi si cura anche dal chirurgo, l'ascesso da ameba che oggi si cura colle iniezioni di emetina associata alla semplice aspirazione del pus. R. LUSENA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Norme sul riconoscimento della qualifica di specialista.

In merito alle nuove norme da noi già pubblicate nel n. 30 (28 luglio), va rilevato che coloro i quali già hanno inoltrato la domanda corredata dei documenti richiesti dal precedente decreto 29 agosto 1929, n. 1823, debbono completarla inviando gli altri documenti prescritti dal R. Decreto 15 maggio 1930, numero 861 in conformità dell'elenco su riportato.

Si richiama anche l'attenzione di coloro che hanno fatto pervenire domanda e documenti direttamente al Ministero dell'Educazione Nazionale senza passare per il tramite dell'Ordine sul disposto dell'art. 4 del citato R. Decreto 29 agosto 1929, n. 1823, il quale precisamente stabilisce che le domande debbono essere corredate dal parere degli Ordini o Collegio dai competenti organi delle Associazioni sindacali legalmente riconosciute. Gli interessati dovranno per ciò completare la documentazione delle loro domande col parere dell'Ordine presso il quale sono inscritti.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXIII. - Successione fra enti: effetti della fusione e dell'aggregazione.

Al Comune di Ancona sono stati aggregati quelli di Falconara Marittima, Monte Sicura e Paterno d'Ancona. Essendo sorta contestazione circa la condizione giuridica di alcuni impiegati, si è svolto innanzi al Consiglio di Stato un interessante dibattito relativamente agli effetti della fusione e dell'aggregazione di Comuni. La quistione è nota ai lettori di questa Rivista e del *Diritto Pubblico Sanitario*, essendo stata da noi più volte trattata. Vogliamo ora segnalare le risoluzioni accolte dai Consiglio di Stato e risultanti dalla decisione 17 maggio 1930 n. 299.

La G. P. A., interpretando ed applicando le istruzioni date dal Ministero dell'Interno con la circolare 16 giugno 1928 n. 15700:5, aveva fatto distinzione tra gli effetti della fusione e quelli dell'aggregazione. « Mentre nel caso di « fusione si avrebbe un'assoluta parità di di« ritti tra gli impiegati dei cessati Comuni per « aspirare ai posti della nuova pianta orga« nica, nel caso di aggregazione non solo tale « parità non sussisterebbe, in quanto la cir« colare ritiene che il personale appartenente « al Comune ampliato debba essere mantenuto « in servizio, ma sia altresì da escludere il con« cetto della successione, da parte del Comune « aggregante, negli obblighi e nei diritti ver« so gli impiegati dei Comuni aggregati, es« sendo certo che per la soppressione di tali « Comuni sono rimasti soppressi i posti dei ri« spettivi organici e sono cessati i vecchi rap« porti d'impiego ».

Il Consiglio di Stato non ha accettato questa distinzione ed ha riaffermato che, « *il Comune aggregante deve considerarsi legittimo e necessario successore dei soppressi Comuni nei rapporti giuridici già sorti e perfezionati fra i medesimi e i loro impiegati*, perchè non è concepibile che, cessando i Comuni aggregati di esistere quali enti giuridici a sè stanti, cessi altresì o soltanto si arresti la vita reale dei relativi nuclei sociali, mentre essa si trasfonde nella vita del Comune aggregante, con il necessario trapasso alla sua dipendenza dei funzionari addetti ai vari pubblici servizi ». « Naturalmente, soggiunge la decisione, il Comune ampliato avrà l'incontestabile diritto di esercitare riguardo ad essi la facoltà di licenziamento che ad ogni Comune attribuisce l'articolo 41 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2839 ».

In altri termini, così nel caso di fusione come in quello di aggregazione, si verifica una successione necessaria fra enti. Al successore sono trasmesse tutte le situazioni giuridiche, validamente costituite. I rapporti di impiego non si risolvono per solo effetto della fusione o della aggregazione, cioè della cessazione della personalità giuridica dell'ente. Questa regola è ormai ben fissata dalla giurisprudenza. Noi più volte vi abbiamo insistito, superando certe difficoltà iniziali e resistendo alla tesi della estinzione per effetto di novazione subbiettiva. Spetta, dunque, al Comune successore il potere di riordinare i servizi e di riorganizzare il personale, provvedendo ove occorra alle mutate esigenze. Questa rivalutazione e gli gli effetti che ne derivano sono indipendenti dalla appartenenza del personale al comune successore o agli enti soppressi e da questi trasmesso a quello, necessariamente. Devono essere considerate le esigenze obbiettive dei servizi e le condizioni subiettive degli impiegati, come se i rapporti fossero stati costituiti dallo stesso ente.

La tesi nostra è stata sempre questa. La giurisprudenza si è affermata nello stesso senso, come risulta dalla perspicua decisione 17 maggio 1930 n. 299.

XXIV. - Dispensa per fine del periodo di prova. Istituzioni di beneficenza.

Lo stato giuridico degli impiegati delle istituzioni di pubblica beneficenza è disciplinato dalle norme dei regolamenti degli enti stessi. Se è stabilito un periodo di esperimento e non è prescritto che la conferma o il licenziamento debba essere deliberato entro un dato termine, non si possono applicare per analogia le norme concernenti gli impiegati comunali, in genere, o i medici condotti. In questo senso è la decisione della V Sezione del Consiglio di Stato 31 maggio 1930 n. 346.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il 23° Congresso dei Medici Condotti.

Si è svolto a Venezia, come avevamo annunziato. La seduta inaugurale si è tenuta nella Sala Napoleonica di Palazzo Reale con l'intervento di numerose autorità, tra le quali sono state notate il prefetto Bianchetti, i senatori Maragliano, Davide Giordano, Diena, Conte Volpi di Misurata, i deputati Fantucci, Ciarlantini, Scorza e Lusignoli, i proff. Vittorio Zevi, Cappelletti, Fabio Vitali, ecc.

Il prefetto Bianchetti ha portato il saluto del Governo. Quindi hanno parlato il dott. Agostinelli, segretario nazionale dei medici condotti, il dott. Allegrini del Sindacato medico di Venezia. Il generale de Plato ha portato il saluto della Milizia.

Il sen. Maragliano ha ringraziato la presidenza del Congresso che lo ha voluto partecipe a questa riunione. Ripensando alla poca giustizia che un tempo era fatta all'opera dei medici condotti, il sen. Maragliano si è detto lieto di poter chiudere gli occhi salutando l'alba radiosa in cui, per merito del Regime fascista, le loro rivendicazioni hanno avuto giustizia.

Il sen. Maragliano ha infine invitato i congressisti a elevare un pensiero di riconoscenza al Regime che conduce la Nazione verso i più fulgidi destini.

Il segretario federale avv. Supplej ha portato ai congressisti il fervido saluto del Fascismo veneziano.

Il podestà dott. Alverà ha pòrto ai congressisti il cordiale saluto di Venezia.

Infine l'on. Scorza ha portato il saluto del Segretario del Partito, assicurando che il Partito segue con vigile amore gli sviluppi della organizzazione dei medici condotti.

L'Ufficio di presidenza del Congresso è stato quindi così composto: presidente on. Aldo Lusignoli; vice-presidenti: dott. Urso di Palermo, dott. Brignoli di Bergamo; dott. Conti di Roma; segretari: dott. Rossi di Perugia e dott. Agostinelli di Venezia.

Nella seduta antimeridiana della seconda giornata il sen. Maragliano tenne una dotta conferenza sulla lotta antitubercolare.

Seguì la relazione del segretario nazionale rag. Villanova il quale mise in rilievo i risultati finora ottenuti e tracciò i compiti del domani.

Su questa relazione presero la parola Parodi, Annibaldi, Chierici, Gianficoni, Alzona, Vacino, Franceschini, Cimino, Del Vecchio e Agostinelli.

Nella seduta pomeridiana fu fatta la relazione amministrativa dal dott. Valesano.

Bobba riferì sulle mutue sanitarie ed i medici condotti.

Dopo una discussione alla quale presero parte l'on. Lusignoli, l'avv. Roberti, i dottori Alzona, Parodi, Vacino, Abbruzzetti e Blocco, Giannini riferì su i rapporti tra Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali e Medici Condotti.

Arnaldo Lusignoli parlò su i doveri dei medici condotti nella lotta contro le malattie sociali.

Dopo una discussione alla quale presero parte Zasa, Genta, Schibuona, Alzona, Attimonelli, Cenci e Santori si votarono due importanti ordini del giorno.

Nella terza ed ultima seduta il rag. Cosi riferì sul tema « Assistenza e Previdenza ».

Marini parlò di una convenzione stipulata tra l'Istituto Nazionale Assicurazioni e Associazione Generale Fascista del Pubblico Impiego per integrare la pensione ai medici con una speciale forma di assicurazione.

Narducci presentò un ordine del giorno, che fu approvato, sulla qualifica di pubblico ufficiale ai medici di bordo.

Protti parlò sul problema del ringiovanimento, sull'involuzione senile e radiazioni ematiche.

Quindi il Congresso si chiuse con discorsi di Granata, Villanova e Contu.

Bari è stata designata sede del prossimo Congresso.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Disciplinamento della vendita di articoli ortopedici.

Con sua circolare il Ministero dell'Interno, muovendo dal presupposto che la vendita in genere degli apparecchi di protesi e tutorii, sia preceduta da rilievi di modelli e misure o da prove di congruenza e di applicazione sulla persona del paziente, ebbe a fare presente che tale vendita a norma dell'art. 13 del Regolamento 31 maggio 1928, doveva esser riservata soltanto ai meccanici ortopedici, regolarmente abilitati a norma della Legge 23 giugno 1927.

Essendo stato chiesto successivamente, se tale norma sia applicabile anche in confronto di quegli apparecchi di contenzione (cinti elastici per ernie inguinali, crurali, ombelicali, ecc.) i quali vengono costruiti dai meccanici ortopedici in serie, corrispondenti a tipi e misure diverse, facilmente adattabili ai singoli individui, secondo la loro speciale complessione organica, il Ministero degli Interni, con altra circolare ha stabilito essere evidente che, quando si tratta di apparecchi che per lo speciale loro sistema di costruzione non hanno bisogno di alcun rilievo di modello e di misura, e di prove di adattamento sulla persona dell'acquirente, e la vendita se ne possa, quindi, effettuare sulla semplice indicazione del tipo e della misura risultante dalla prescrizione medica scritta, non ricorrono, in tale vendita, gli estremi dell'esercizio dell'arte del meccanico ortopedico, in quanto la vendita è, infatti, esplicata senza la prestazione, da parte del venditore, di alcuno di quegli atti nei quali, a norma dell'art. 13 del citato Regolamento, si concreta l'esercizio dell'arte del meccanico ortopedico.

È certo, però, che occorre particolare oculatezza per impedire che questa interpretazione meno

restrittiva dell'articolo 13 possa portare all'inconveniente, che la legge ha voluto ovviare, dell'abusivo esercizio dell'arte ortopedica; e pertanto resta bene fermo che la vendita degli apparecchi dei quali si è fatto cenno, può essere consentita anche a coloro che non sono forniti di titoli di meccanico ortopedico, ed in particolare ai farmacisti, quando il sistema di loro costruzioni escluda nettamente la necessità di quegli atti contemplati dal ripetuto art. 13 e quando tale esclusione non possa costituire pregiudizio alcuno per la salute e per le condizioni fisiche dell'acquirente.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Nella nuova sede sociale, sotto la presidenza dell'on. prof. Raffaele Paolucci, si sono riuniti il Consiglio direttivo e i delegati regionali della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi. Erano presenti oltre i vice-presidenti sen. Maragliano, on. prof. Morelli, prof. Ilvento, il segretario generale prof. Bocchetti e tutti i membri del Consiglio, anche l'on. Sacconi, segretario generale dell'Associazione nazionale insegnanti fascisti. Questi ha affermato la necessità che la classe degli insegnanti sia solidale con i medici nel creare una vasta coscienza di lotta antitubercolare nel Paese ed ha promesso che i 130.000 maestri d'Italia si ritengono mobilitati per questa santa crociata, voluta dal Governo Nazionale.

L'on. Paolucci ha ringraziato l'on. Sacconi per questa iniziativa che onora altamente la nobile e benemerita classe degli insegnanti d'Italia ed ha assicurato che saranno presi accordi concreti per questa collaborazione i cui frutti saranno sicuramente immensi. Hanno interloquito sull'argomento vari oratori, dimostrandosi tutti d'accordo su questa iniziativa di collaborazione e sulla necessità urgente di provvedere anche all'assicurazione obbligatoria dei maestri contro la tubercolosi.

Una viva discussione ha provocato la relazione fatta dal prof. Mendes sulla collaborazione dei medici condotti nella lotta contro la tubercolosi che, ritenuta indispensabile, deve essere meglio e più razionalmente utilizzata per lo scopo che si vuole raggiungere.

Il presidente on. Paolucci ha nominato una Commissione perchè l'argomento sia rapidamente studiato nella sua finalità e nei suoi dettagli esecutivi.

La Commissione è così composta: Mendes, Bocchetti, Campani, Lusignoli, Costantini.

Si è deciso poscia sui temi ed i relatori pel Congresso della Federazione che avrà luogo a Bologna nel 1931.

Il prof. Zannelli ha riferito circa la proposta istituzione in Roma della Sezione della Società Scientifica della Tubercolosi. Il presidente alla fine, dopo aver ricordato il successo riportato dalla delegazione italiana ad Oslo e l'opera svolta dalla Federazione, ha annunziato il programma di azione per l'erezione del monumento a Carlo Forlanini in Roma, per sottoscrizione internazionale.

Istituto Nazionale per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro.

Con legge 19 luglio 1929 l'Ente per l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro, si è trasformato in Istituto Nazionale e come tale ha iniziato, di recente, la sua attività.

Questo provvedimento che mette l'Italia alla avanguardia delle nazioni in questo campo dell'assistenza, è in rapporto con quel postulato della Carta del Lavoro che prevede il perfezionamento dell'assicurazione infortuni. Scopo dell'Istituto è infatti l'assistenza (cura, fornitura di protesi, rieducazione professionale, collocamento) di coloro che in conseguenza a infortunio sul lavoro abbiano subìto un'invalidità permanente che ne riduca la capacità lavorativa di almeno quattro quinti.

La sede centrale dell'Istituto è a Milano.

In Roma (via G. B. Morgagni 44) ha sede l'ufficio di corrispondenza per il Lazio, l'Umbria e l'Abruzzo.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Abbiategrasso (*Milano*). *Ospitale di Circolo Costantino Cantù.* — Medico primario direttore; L. 16.000 e 4 quinquenni dec., alloggio, partecipaz.; scad. ore 18 del 30 nov. Docenze in patologia med. o clinica med.; competenza in tisiologia. Rivolgersi all'Amministraz.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratori di Igiene e Profilassi. — A rettifica dell'avviso di concorso pubblicato nel prec. N. 42 del 20 ottobre, leggasi: Stipendi, rispettivamente, di L. 15.500 per il direttore della Sez. Medico-Micrografica, e di L. 12.000 per l'assistente della Sez. Chimica, aumentabili di 1/20 per ogni biennio e per 10 bienni. Tutto il resto dell'annunzio rimane invariato.

Bortigali (*Nuoro*). — Scad. 20 nov.; L. 9000 e 4 quinquenni decimo, oltre L. 1000 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Brescia. *Amministrazione Provinciale.* — Due posti:

a) Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, con l'annuo stipendio di L. 12.000 più L. 3500 di supplemento servizio attivo;

b) Assistente della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, con l'annuo stipendio di L. 11.000 più L. 3000 di supplemento servizio attivo. Le domande di ammissione al concorso, corredate dei prescritti documenti, dovranno essere presentate non più tardi delle ore 16 del giorno 30 novembre 1930-IX. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione in Brescia, Palazzo Broletto.

Ceriano Laghetto (*Milano*). — Consorzio con Cogliate e Solaro. A tutto 9 novembre 1930 è aperto concorso al posto di medico consorziale pei Comuni indicati. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Ceriano Laghetto.

Cineto Romano (*Roma*). — Scad. 30 nov.; lire 10.500; tassa L. 50,15.

FERRARA. *Comune.* — Scad. 25 nov.; per Francolino; L. 9500 oltre assegno complementare lire 3000, variabile; cavallo od autoveicolo L. 2500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; per altre condiz. rivolgersi Segreteria.

GENOVA. *Comune.* — Scad. 30 dic.; tre posti di medico igienista di 2ª classe; L. 14.000 e 10 bienni ventes., c.-v.; età lim. 35 a.; certificato classificazioni esami; laurea da 3 anni; diploma uff. san. Rivolgersi Civico Ufficio del personale.

GODRANO (*Palermo*). — Scad. 10 dic.; L. 9500 oltre aumenti e indennità.

LUCCA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'igiene e profilassi. Stipendio L. 11.500, elevabile a lire 17.250, mediante cinque aumenti del decimo, di cui due quadriennali e tre triennali. Indennità di serv. attivo, L. 2800 e quella temporanea di caro viveri come per gli altri dipendenti provinciali. Il tutto al lordo delle ritenute di legge per imposta di R. M., Cassa Pensioni e Istituti di Previdenza. Età massima anni 35, salvo eccezioni legge. Domanda in bollo da L. 3 al Preside della Provincia entro le ore 17 del giorno 30 dicembre 1930, corredata dei documenti, di cui all'articolo 8 del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155. Tassa di concorso L. 50. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

MESSINA. *Ospedale Consorziale « Regina Margherita ».* — Primario di medicina e medico assistente; scad. 30 gg. dal 14 ott.; rispettivam. annue L. 1700 e 1200, oltre c.-v. in annue L. 210 e L. 126 se ammogliati e indennità accesso in annue L. 600 per ciascun posto; età lim. a. 50 e 35; partecipaz.

MONTECCHIA DI CROSARA (*Verona*). — Scad. 21 dic.; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1200 c.-v., quota integrativa L. 780 se celibe, 20 % sullo stipendio se ammogliato; L. 700 per alloggio e ambulanza; L. 1000-2000-3000 trasporto; certificato biennale di prova; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

NORCIA (*Perugia*). — Scad. 31 dic.; per Campi e Ancarano; L. 9800 e 3 quinquenni dec., oltre L. 2100 serv. attivo; due c.-v.

NOVELLARA (*Reggio Em.*). — Scad. 30 nov., 1ª condotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., trasp. L. 5000, ambulat. L. 500, uff. san. L. 300; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PIACENZA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore medico; titoli ed esami (prova radiologica e clinica); L. 27.000 e 5 quadrienni dec.; è consentito l'esercizio della consulenza nella specialità; scad. ore 17 del 20 dic. Rivolgersi Segreteria (via Garibaldi 50). Età lim. 30-40 a. Doc. non anter. al 10 ag.

SAMBONIFACIO (*Verona*). — Scad. 10 nov.; lire 8000 e 4 quinquenni dec., c.-v.; quota integrativa 20 %, per bicicletta L. 1000; età lim. 40 a.; tre anni di condotta o due d'ospedale; tassa L. 50.

TARANTO. *Comune.* — Scad. 30 nov.; per Talsano; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 vettura; c.-v.; età lim. 45 a.

CONCORSI A PREMIO.

Premio De Amicis.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha bandito un concorso al « Premio Tommaso De Amicis » per l'anno 1931.

Il premio, di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra un tema a scelta del concorrente che rifletta un argomento della specialità dermosifilopatica. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Le memorie dovranno essere copiate a macchina o stampate; sempre inedite. Modalità consuete.

I lavori saranno inviati in piego postale raccomandato al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, piazza Campo Marzio 3, Roma (120), entro il 30 giugno 1931.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Roberto Landívar è nominato capo del nuovo consultorio esterno clinico-chirurgico per malattie genito-urinarie annesso all'Ospedale Italiano Garibaldi di Buenos Aires.

Il dott. Timbal, direttore generale del Servizio di Sanità e d'Igiene presso il Ministero dell'Interno e dell'Igiene del Belgio, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Friedrich Glum, direttore della grandiosa « Kaiser-Wilhelm Gesellschaft der Wissenschafter », è nominato dottore *honoris causa* dall'Università di Heidelberg.

Il prof. F. Fülleborn è nominato direttore dell'Istituto di Medicina Navale e Tropicale di Amburgo, in sostituzione del prof. B. Nocht, che va in ritiro per limiti d'età.

Il dott. Raúl Novaro è nominato direttore dell'Ospedale Durand di Buenos Aires, al posto del dott. Nicolás Romano, licenziato a causa dell'attività politica svolta sotto il passato Governo, nell'esercizio delle sue funzioni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Napoli.

Nell'Università.

Con il nuovo anno accademico, saranno impartiti quattro nuovi insegnamenti complementari affidati, per incarico, ai seguenti professori, secondo la disposizione approvata dalla Facoltà Medica di Napoli in una delle sue ultime tornate dello scorso anno:

1) Insegnamento di Chimica-fisica applicata alla Fisiologia ed alla Patologia, affidato al prof. Fernando Arena.

2) Insegnamento di Tecnica Medica, affidato al prof. Benedetto Pizzini.

3) Insegnamento di Crenologia ed Idrologia medica, affidato al prof. Susanna.

4) Insegnamento di Morfologia clinica, affidato al prof. Guglielmo Scala.

G. BOSSA.

NOTIZIE DIVERSE.

Nozze regali.

Il matrimonio della principessa Giovanna di Savoia col re Boris di Bulgaria è avvenuto tra la letizia e l'esultanza di tutti gl'italiani, che hanno visto una loro figlia diletta assurgere al trono di un popolo fiero e valoroso.

Il nodo nuziale non significa solo l'incontro felice di due giovinezze, l'una soavemente bella, l'altra gagliardamente forte, ma attinge un significato più alto: esso rinsalda i legami tra due popoli amici ed è promessa di pace.

Eleviamo il nostro augurio e il nostro omaggio agli sposi augusti.

Anno IX.

Anche la scorsa annata dell'E. F. è stata feconda di opere e ricca di eventi benefici, che consolidano sempre di più il regime e ne dimostrano la salda struttura e la perfetta rispondenza ai tempi.

Nel poderoso complesso di opere attuate, con programma metodico e con tenace energia, uno dei primi posti spetta a quelle che hanno finalità igienico-sanitarie, delle quali è stata compresa la straordinaria importanza per assicurare e promuovere la prosperità della razza.

Mentre questo numero va in macchina, austere cerimonie solennizzano, in tutta Italia, l'inaugurazione delle più significative tra tali opere. Avremo occasione di occuparcene largamente nei prossimi numeri.

La nuova data non segna che una tappa nello sviluppo irrefrenabile del fascismo; un sicuro e fulgido auspicio per il prossimo avvenire; un incitamento alla grandezza e alla forza del Paese.

6° Congresso italiano di oftalmologia.

La Società Italiana di Oftalmologia ha tenuto il suo 6° Congresso dal 22 al 24 ottobre a Roma, nei locali della Clinica oculistica, sotto la presidenza del prof. Ovio.

All'inaugurazione intervennero il Sottosegretario di Stato per l'Educazione Nazionale on. Di Marzo ed altre autorità.

La cerimonia si chiuse con l'assegnazione dei seguenti premi per opere presentate alla Società nell'ultimo biennio: L. 7000 al prof. Favaloro di Catania; L. 2000 al prof. Lupino di Trapani; lire 1000 al prof. Candian di Parma.

Dei lavori pubblicheremo un breve resoconto in un prossimo numero.

2° Congresso e Mostra internazionali di tecnica sanitaria e igiene urbanistica.

Nello scorso marzo a Praga, durante il Primo Congresso Internazionale di Tecnica Sanitaria e Igiene Urbanistica, veniva scelta come sede del Secondo Congresso la città di Milano.

Emilio Zimmler, Presidente della Accademia Masaryk, rivolse quindi il voto espresso dalla adunanza Internazionale a S. E. Mussolini, che provvide immediatamente a dare le opportune disposizioni affinchè si costituisse in Italia il Comitato Nazionale del Secondo Congresso. A presiedere questo è stato chiamato S. E. sen. Pier Gaetano Venino, e ne fanno parte numerose personalità del campo politico, scientifico, industriale.

A simiglianza di quanto è stato fatto durante la prima Riunione Internazionale, anche a Milano il Congresso sarà integrato dalla Seconda Mostra Internazionale di Tecnica Sanitaria ed Igiene Urbanistica, che sarà parte importantissima della Fiera Campionaria di Milano, sarà accolta nell'area di essa e ne avrà la stessa durata (12-27 aprile). La data del Congresso sarà dal 20 al 26 aprile; saranno, comunque, diramate al più presto ulteriori notizie.

Nella sede del Comitato (Piazza del Duomo, n. 17, Milano) ferve il lavoro, specie da parte del Comitato Esecutivo, perchè tanto il Congresso come la Mostra riescano degni della nuova Italia, che deve presentare agli stranieri tutte le multiple affermazioni igieniche e sanitarie attuate a tutela dei singoli individui, delle collettività e della stirpe.

6° Congresso internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

Il VI Congresso Internazionale di medicina e farmacia militare avrà luogo a l'Aja dal 1° al 6 giugno 1931.

Gli argomenti all'ordine del giorno sono: 1° Reclutamento, formazione e perfezionamento dei medici e farmacisti militari (relatori: Paesi Bassi, Jugoslavia); 2° Psiconevrosi di guerra: gli effetti immediati e lontani della guerra sul sistema nervoso dei combattenti e dei non combattenti (relatori: Francia, Stati Uniti d'America); 3° I processi di emostasi sul campo di battaglia. Standardizzazione del materiale di prima urgenza e delle condizioni della sua applicazione (relatori: Paesi Bassi, Italia); 4° Preparazione e conservazione delle fiale di medicamenti in uso nel servizio sanitario degli Eserciti e delle Armate (relatori: Paesi Bassi, Romania); 5° I postumi dei traumatismi di guerra dei denti e del mascellare inferiore (relatori: Paesi Bassi, Polonia).

Il Comitato organizzatore si interesserà per l'alloggio dei congressisti, sia a l'Aja, sia a Scheveningen (stazione balneare distante 3 Km. dall'Aja, sita in un parco meraviglioso).

Il Comitato organizzerà inoltre una esposizione storica dei servizi sanitari dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica, che comprenderà fotografie, documenti vari, strumentari, materiale sanitario in genere, uniformi di ufficiali medici, ecc.

Per ogni possibile schiarimento rivolgersi alla Direzione del Servizio sanitario militare, Ministero della guerra, L'Aja.

Congresso internazionale di neurologia.

Come avevamo annunziato, ad iniziativa della Società Americana di Neurologia (New York) un Congresso Internazionale di Neurologia sarà tenuto a Berna dal 31 agosto al 4 settembre 1931, organizzato dal Comitato permanente internazionale e dai sottocomitati formati dai delegati ufficiali delle 21 nazioni aderenti al Congresso.

Presidente del Comitato è il prof. B. Sachs (New York). Tra i vice presidenti figura il prof. O. Rossi di Pavia.

Temi generali prescelti: 1) Diagnosi e terapia

dei tumori cerebrali; 2) Tono muscolare; anatomia, fisiologia e patologia; 3) Infezioni acute, non purulente del sistema nervoso; 4) Importanza dei traumi nella produzione dei sintomi nervosi.

Sono incaricati della preparazione del programma dei suddetti temi rispettivamente i proff: Nonne, Sherrington, Guillain e O. Rossi. Il prof. Nonne ha scelto, tra i relatori del primo tema, il prof. G. Ayala di Roma.

Il titolo ed un breve riassunto delle eventuali comunicazioni dovrà essere comunicato dai neurologi italiani al presidente della rappresentanza italiana, prof. O. Rossi, via Palestro 3, Pavia.

La quota di partecipazione al Congresso (25 franchi svizzeri) dovrà essere inviata al conto Chèques postali: Berna N. III 7749, Congresso Neurologico Internazionale 1931, Segretario locale.

Congresso ortopedico belga.

La Società belga d'ortopedia ha tenuto un convegno straordinario a Bruxelles dal 27 al 30 settembre. Tema in discussione era: « Trattamento del tumore bianco del ginocchio »; furono anche fatte numerose comunicazioni. I convenuti assistettero a due sedute operatorie, a Bruxelles e ad Anversa. Visitarono l'Esposizione di Liegi e la Mostra dell'arte fiamminga di Anversa.

1° Congresso spagnolo di gastro-enterologia.

La Commissione ordinatrice del I Congresso Nazionale di Patologia digestiva, indetto a Valenza dal 9 all'11 ottobre, in vista della strettezza del tempo per l'organizzazione, ha deciso di rinviare la convocazione ai giorni 16-18 marzo 1931, anche allo scopo di farla coincidere col Congresso dei Municipi.

2ª Conferenza latino-americana di Neurologia, Psichiatria e Medicina legale.

Si è adunata a Rio de Janeiro dal 14 al 17 luglio. La Commissione organizzatrice era presieduta dal prof. Henrique Roxo. Furono discussi molti argomenti; rileviamo i seguenti: revisione anatomo-clinica del talamo ottico (A. Austregesilo); studio sperimentale sulla chirurgia dei nervi (A. Monteiro); trattamento dei deliri sistematizzati allucinatori (E. Roxo); la demenza senile (U. Vianna); modificazioni del sangue nei malati di mente (A. Botelho); terapia da *shocks* biochimici (H. Pavoa); capacità civile limitata (D. Salles); aspetti medico-legali dello spiritismo (M. de Campos e L. Ribeiro); dosaggio dell'alcool nell'organismo umano (F. Favero e altri); diagnosi medico-legali del latte (A. A. Ferreira e E. Novati); fissità delle emoagglutinine e degli emoagglutinogeni (J. Ribeiro de Carvalho); il diritto di cura (D. Vicira de Santos), ecc.

7° Congresso francese di tisiologia.

Si adunerà a Bordeaux dal 30 marzo al 2 aprile 1931. Tema biologico: « Il problema della lisi del bacillo tubercolare » (prof. Bezançon, dottori Philibert e Paraf); tema clinico: « La diagnosi di attività della tubercolosi polmonare » (dottori Leuret e Caussimon); tema medico-sociale: « Come rendere accessibile ai tubercolotici indigenti il trattamento pneumotoracico, nel sanatorio, nel sanatorio-ospedale, nell'ospedale e nel dispensario? » (dottori Kuss, Secousse e Piechaud); tema medico-militare: « Profilassi della tubercolosi nell'esercito » (dott. Pillod). Il programma comprende la visita alla « Fédération girondine des oeuvres antituberculeuses » ed alle stazioni climatiche per tubercolotici del sud-ovest della Francia. I medici di altri Paesi saranno benvenuti. Notizie precedenti sul Congresso vanno corrette. Per informazioni rivolgersi al « Comité National de la Défense contre la Tuberculose », boulevard Saint-Michel 66, Paris (VIe), Francia.

Scuola di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentario a Roma.

A questa Scuola di perfezionamento istituita presso la R. Università di Roma, vengono ammessi soltanto i laureati in medicina e chirurgia. La Scuola ha la durata di due anni. Ha sede presso il Policlinico Umberto I.

Gl'iscritti alla Scuola (non meno di dieci e non più di cinquanta) hanno l'obbligo di frequentare tutti gli insegnamenti che saranno impartiti dai proff.: on. Perna, direttore; Auriti, Coen Cagli, D'Alise, De Vecchis, Piergili, Piperno, Settimi.

Le iscrizioni si termineranno col 30 novembre. Tasse complessive L. 2605.

Chiedere annunzio alla Segreteria dell'Università o alla direzione della Scuola.

I medici del Congresso di Medicina del lavoro visitano il Policlinico del Lavoro dell'Unione industriale Fascista del Lazio.

Un numeroso gruppo di medici partecipanti al IX Congresso di Medicina del lavoro hanno visitato il Policlinico del Lavoro di Roma: notati i proff. Carozzi, Capo del Servizio d'Igiene nell'ufficio internazionale del lavoro di Ginevra; Quarelli, Direttore della Clinica delle malattie professionali di Torino; Aiello, della Clinica del lavoro di Milano; Caccuri, Coppa, Galloro, Norice, Posterra, Sanchirico, dell'Istituto di Medicina del lavoro di Napoli; Viziano di Torino; Costa di Cagliari; Filippini, Senigaglia di Roma, e molti altri. Il prof. Ranelletti ha illustrato le finalità del Policlinico del Lavoro, fondato dall'Unione Industriale Fascista del Lazio, di fornire cioè ai lavoratori un'assistenza sanitaria ambulatoria completa, sia per malattie del lavoro, che per malattie comuni, generali o di singole specialità, estese queste anche ai loro familiari a mezzo dei suoi 12 ambulatori e d'un laboratorio, affidati ad un'eletta schiera di specialisti: vengono così attuate quelle visite preventive periodiche che costituiscono la migliore profilassi delle malattie professionali e comuni.

Gli illustri visitatori hanno ammirato la bellezza dei locali, l'ordine dei servizi, e hanno esternato il loro vivo compiacimento per la bella istituzione — giusto vanto degli industriali del Lazio — che già in dodici mesi di attività ha consentito di visitare oltre sei mila operai e che quest'anno viene ad elevare la sua funzione diventando anche centro di studi superiori di medicina del lavoro per i medici, essendo sede della Scuola di perfezionamento di medicina del lavoro di recente istituita dalla R. Università di Roma.

Per la Biblioteca della scuola di perfezionamento in Medicina del lavoro della Università di Roma.

Si pregano gli autori di pubblicazioni di medicina del lavoro (Fisiologia del lavoro; Fisio-psicotecnica; Orientamento professionale; Organizzazione scientifica del lavoro; Malattie del lavoro; Infortunistica; Rieducazione professionale dei motolesi; Radiologia della medicina del lavoro; Igiene del lavoro; Legislazione sull'igiene del lavoro e sulle assicurazioni sociali ecc.), di volere gentilmente offrire una copia delle loro pubblicazioni alla Biblioteca della Scuola di Perfezionamento in Medicina del lavoro della R. Università di Roma, indirizzando alla sede della Scuola: Policlinico del Lavoro, Via Ripetta 180, Roma.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà Medica di Vienna sono preannunziati vari corsi di perfezionamento internazionali: in pediatria, con speciale riguardo alla cura, dal 24 novembre al 6 dicembre; in terapia delle malattie interne, con speciale riguardo alle zone limiti, dal 2 al 14 febbraio 1931; sui problemi medici d'attualità più importanti, con speciale riguardo alla terapia (per medici rurali), dal 23 settembre al 5 ottobre 1931; in neurologia e psichiatria dal 30 novembre al 12 dicembre 1931; ecc. Inoltre si tengono corsi speciali e mensili, in tutti i campi della medicina. Programma e informazioni si ricevono dal Dr. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien IX, per i corsi internazionali; dal Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Schlösselgasse 22, Wien VIII, per gli altri corsi.

Previdenza sociale e assicurazioni.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto per la istituzione di un Comitato tecnico della previdenza sociale e delle Assicurazioni private presso il Ministero delle Corporazioni.

Questo provvedimento mira ad assicurare alla amministrazione la competenza specifica di un organo consultivo tecnico per le questioni che attengono alla previdenza sociale e alle assicurazioni private.

Il Consiglio ha preso altre importanti deliberazioni nel campo medico-sociale.

Ospedale per la cura del cancro a Londra.

È stato ufficialmente inaugurato a Londra l'Ospedale Marie Curie per la radiumterapia del cancro nelle donne.

Esso è stato fondato dall'Associazione Londinese della « Federazione delle Medichesse »; è interamente organizzato e presidiato da donne.

La cerimonia inaugurale fu presieduta dall'on. Baldwin, ex primo ministro. L'ambasciatore della Francia lesse un messaggio della signora Curie. La presidente del Comitato organizzatore, dott.a Chadburn, informò che l'Ospedale dispone di radium per un importo equivalente ad un milione di lire it., e che può ospitare 30 malate; ma si vorrebbe assicurarne l'efficienza e portarne la capacità a 50 letti.

Centri pel radium in Inghilterra.

La Commissione per il radium dell'Inghilterra ha stabilito di fondare un centro per il radium a Londra, destinato all'insegnamento della curiterapia ai medici ed allogato nel « Radium Institute » e nel « Mount Vernon Hospital »; nonchè 12 centri nella provincia, così distribuiti: 7 nell'Inghilterra pr. detta (Birmingham, Bristol, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle, Sheffield), 4 in Scozia (Aberdeen, Dundee, Edinburgo, Glascow) ed 1 nel Galles (Cardiff). Inoltre ha approvato gl'impianti per la produzione di radon (emanazione di radium), destinato a sopperire il radium. Il « National Trust » per il radium ha ordinato circa 17 grammi di questo elemento e ha deciso di affidarlo temporaneamente alla Commissione suddetta. La Commissione ha deliberato di evitare una soverchia suddivisione della provvista disponibile, perchè allora ne viene a difettare l'efficacia.

In collaborazione di altri Enti, ha formulato un modulo per la raccolta di dati. Se ne possono avere degli esemplari scrivendo alla segreteria della « Radium Commission » (Adelphi Terrace 5, London W. C. 2).

Elargizione ingente alla Società Tedesca delle Scienze.

La Fondazione Rockefeller ha donato 642.000 dollari, pari a circa 12 milioni di lire italiane, alla « Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften », alla condizione espressa che siano destinati a far continuare le ricerche dei proff. Otto Warburg e M. v. Lane, in istituti specialmente eretti. Uno di questi recherà il titolo di « Kaiser Wilhelm - Institut für Zellphysiologie »; il Warburg e i suoi collaboratori vi continueranno le loro ricerche di fisiologia generale, dimostratesi così interessanti e ricche di risultati, in particolare sulla cellula cancerosa. L'altro istituto è destinato alla fisica.

Lasciti benefici.

Il sig. Carlo Carvaglio fu Massimo ha legato L. 400.000 all'Ospedale Maggiore di Milano.

Il cav. Rosolino Gioia ha lasciato L. 50.000 per la costruzione di un ospedale a Valledolmo (Termini Imerese).

Per l'abuso del titolo di medico.

Accusato di esercizio della professione senza avere conseguita la laurea, di esercizio della pubblica funzione di medico condotto e di ufficiale sanitario, senza possedere i titoli, di abuso di grado accademico di dottore, di alterazione ed uso di documenti alterati per conseguire pubblici uffici, di artificio e raggiro esercitato in modo da indurre in errore l'Ordine dei medici di Varese e il Comune di Cantello, facendosi nominare medico condotto supplente, è comparso in giudizio avanti il Tribunale di Varese lo studente del sesto anno di medicina Antonio Mazzoni, fu Giuseppe, di Milano, del quale avemmo già ad occuparci.

L'avventura si è chiusa con la sua condanna a nove mesi di carcere.

Incerti professionali.

L'aggressore del dott. Rossilli di Ceprano, il falegname Luigi Ciolli, che dal Tribunale di Frosinone era stato condannato ad otto mesi di reclu-

sione, in seguito a giudizio d'appello provocato dal P. M. è stato condannato, dalla IV Sezione della Corte d'Appello di Roma, ad un anno e tre mesi della stessa pena.

A Colnago, frazione del comune di Cornate d'Adda (Milano), una malata di mente, mentre veniva visitata dal medico condotto dott. Michelangelo Turoli, traeva improvvisamente di sotto al cuscino una rivoltella e ne esplodeva contro di lui due colpi a bruciapelo. Il dott. Turoli riuscì a schivarli gettandosi a terra. Poco dopo la povera squilibrata venne con autolettiga trasportata al Manicomio.

I giornali recano che un individuo penetrato nella sala del Consiglio della Cassa ammalati di Zcenstochan (Polonia) vi uccideva a colpi di rivoltella quattro persone, tra cui uno dei medici dell'Istituto; poi si è ucciso.

La polizia ritiene che si tratti di delitto politico, poichè da qualche tempo la Cassa era passata dalle mani dei socialisti a quelle di un commissario governativo.

BOLOGNA. *R. Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria.* — A tutto il 30 novembre sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1930-31 ai corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

La morte ha sottratto alla scienza il dott. AUGUSTO SLOSSE, professore di chimica fisiologica all'Università di Bruxelles, noto per i suoi studi sul metabolismo del glucosio e sull'equilibrio acido-base nel cancro, autore del magistrale trattato « Technique de chimie physiologique et pathologique ». Ha fatto valere tutta l'importanza della nuova disciplina, che tende ormai a divenire basilare in medicina. Ha formato o incoraggiato numerosi allievi e studiosi.

Contava 67 anni ed era in piena attività di lavoro.

È morto a 61 anni il prof. NICOLAUS JANCSÓ, che insegnava medicina interna a Szged (Ungheria). Fu ivi trasferito dopo la grande guerra. Prima insegnava a Klausenburg (Transilvania), che è passata a far parte della Romania.

È morto, prossimo a compiere 80 anni, il professore PAUL KRASKE, uno dei maestri della chirurgia tedesca; per molti anni diresse la Clinica chirurgica di Friburgo i. B.

Cessava di vivere in Margherita di Savoia (Foggia) il dott. DONATO ABBATE, in età di circa 70 anni, medico condotto di quel Comune per quasi 42 anni, sanitario valente, amico di tutte le ore, uomo d'ingegno e di soda coltura.

Non appena laureato, era accorso volontario ad assistere i colerosi di Cerignola nel 1886.

G. d'A.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 10 Novembre 1930 Num. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Arcispedale di Santo Spirito in Sassia. - Roma

REPARTO: SALA FLAIANI.

Primario medico: Prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Sulle variazioni del tasso colesterinico del siero di sangue nell'uomo nel regime alimentare ipercolesterinizzante in condizioni normali e patologiche.

Studio clinico-sperimentale

per il dott. GIULIO STIRPE, aiuto medico.

La dottrina patogenetica della calcolosi epatica ha subìto per merito dello Chauffard e della sua scuola un vero rivolgimento portando di colpo l'attenzione degli studiosi, prima concentrata sulle condizioni determinanti locali, in un più esteso campo di determinismo patogenetico sostenuto da condizioni generali, che possono riassumersi nell'aumento, messo in evidenza dagli studi sperimentali dello Chauffard, Grigaut, Flandin, Biscons e Rouzaud ed altri clinici della scuola francese, del tasso colesterinico del siero in quasi tutti i casi di calcolosi epatica non complicata.

La genesi di tale colesterina sarebbe ad ammissione dello Chauffard stesso in gran parte endogena; purtuttavia in parte non indifferente parteciperebbe nell'aumento del tasso colesterinico del siero l'apporto esogeno, vale a dire la quantità di colesterina introdotta cogli alimenti.

I principii di tale affermazione trova lo Chauffard stesso in considerazioni d'ordine sperimentale, clinico, e in deduzioni d'indole terapeutica.

L'affermazione del Naunyn della non influenza del regime alimentare sul tasso della colesterina del siero e della bile è secondo lo Chauffard infirmata dal fatto che il Naunyn si è servito, nei suoi tentativi diretti a produrre un aumento della colesterina del siero e della bile attraverso l'introduzione di colesterina nell'organismo, di una via di somministrazione poco adatta per l'assorbimento qual'è l'iniezione sottocutanea; viceversa quegli autori che hanno scelta la via di somministrazione orale, hanno potuto osservare nelle loro esperienze sugli animali un aumento spesso assai sensi-

bile della colesterina del siero di sangue e della bile.

Così il Goodman nei cani in cui aveva prodotto artificialmente una fistola biliare, ha potuto osservare in seguito ad una alimentazione ricca di sostanze cerebrali un aumento sensibile della quantità di colesterina contenuta nella bile eliminata attraverso la fistola stessa.

Il Pribram sui conigli, il Gardner nelle sue esperienze sul cane ed il gatto hanno potuto pure osservare con una alimentazione ricca in colesterina elevarsi il tasso colesterinico del siero di sangue e della bile.

Il Grigaut ed il Lhuillier in esperienze espletate pure sul cane hanno potuto dimostrare che l'aggiunta ad un regime alimentare costante di un gr. e di due gr. di colesterina al giorno, produceva l'aumento del tasso della colesterina del siero da grammi 1,90 ‰ cifra media per la specie canina, fino a gr. 2,50, 3 e 3,50 ‰. Dalle grafiche dei medesimi autori si apprende che la cifra della colesterina sale scarsamente nelle loro esperienze giorno per giorno fino a raggiungere il tasso di gr. 3,50 in sesta giornata circa per due grammi di colesterina somministrata al giorno, e si apprende pure che questa ipercolesterinemia di origine alimentare o esogena si modifica rapidamente modificando il regime, tanto da scendere alla cifra normale nello spazio di due o tre giorni appena la somministrazione della colesterina venga sospesa.

Analoghi risultati hanno pure ottenuto in esperienze consimili il Bacmeister e l'Henes.

Altri argomenti trae lo Chauffard stesso dalla sua esperienza clinica per l'affermazione dell'influenza che ha la colesterina esogena nell'aumento della colesterina del sangue e della bile. Egli ha potuto osservare in soggetti che erano stati sottoposti a cure ingrassanti con alimentazione ricca di colesterina l'esplosione di coliche epatiche fino allora mai manifestatesi nei medesimi soggetti.

Un fatto che secondo il medesimo autore ha il valore di una vera esperienza, è quello di una giovinetta senza antecedenti epatici, ma molto dimagrita ed anemizzata in cui la presenza sull'apice di destra di alcuni segni faceva temere un inizio di tubercolosi polmonare e che essendo stata sottoposta ad un regime d'iperalimentazione con uova, arrivò a consumarne fino a undici per giorno per tre mesi consecutivi, arrivando così ad assumere per queste uova ingerite una dose quotidiana per tutto il predetto periodo di circa gr. 2,75 di colesterina. Questa giovinetta ebbe alla fine del terzo mese una violenta crisi di colica epatica alla quale numerose altre susseguirono.

Altre considerazioni che inducono lo Chauffard all'affermazione dell'influenza della colesterina esogena sul tenore della colesterina del siero sono d'ordine terapeutico e riguardanti la benefica influenza che ha il regime alimentare povero di grassi e privo di uova sul decorso e sui disturbi della calcolosi biliare, sicchè secondo la teoria del Bouchard « che ogni dottrina medica si giudica dalle sue conseguenze terapeutiche » lo Chauffard vede la propria dottrina confermata e rafforzata.

***

Il punto di vista dello Chauffard apparentemente assai logico e documentato mi sembra contradetto da non infrequenti casi in cui la somministrazione di colesterina sotto forma di uova o altri alimenti non sembra aver influito sul decorso della calcolosi biliare; d'altra parte posso affermare per mia esperienza personale di aver sottoposto numerosi individui affetti da tubercolosi ad un regime di iperalimentazione con otto e perfino dieci uova al giorno per parecchi mesi senza mai aver potuto osservare l'istituirsi di sintomi riportabili alla litiasi biliare.

Il Linossier stesso in uno studio sulla tossicità delle uova ha messo in evidenza che non l'uovo in sè è cagione d'intolleranza alimentare per gli epatici, ma lo stato di maggiore o minore freschezza e la forma sotto cui è somministrato; sicchè può venir anche logica l'ammissione che i benèfici effetti del regime ipocolesterinizzante preconizzato dallo Chauffard siano da riportarsi non ad una modificazione, mediante l'adozione di detto regime, delle condizioni chimiche produttrici della malattia, ma piuttosto ad una maggior tolleranza degli organi digerenti spesso assai sensibili dell'epatopaziente al regime stesso.

In tale idea e non essendo riuscito a trovare nella letteratura medica resoconti di esperienze istituite nell'uomo in tal senso, ha pensato di sottoporre ad un regime ipercolesterinizzante soggetti normali della specie umana e soggetti in cui presumibilmente doveva trovarsi per speciali condizioni patologiche un aumento del tasso colesterinico del siero, per studiare gli effetti del predetto regime sulla cifra rappresentante la colesterina del siero di sangue.

Le esperienze sono state condotte su trenta soggetti dei quali dieci normali, dieci affetti da ipertensione arteriosa e dieci da calcolosi

epatica, e sottoposti ad un regime alimentare costante al quale a un certo punto è stata aggiunta una quantità di colesterina determinata e variante da 1,50 e 2 gr. al giorno, quantità contenuta rispettivamente in quattro sei ed otto uova che venivano somministrate al paziente giornalmente in aggiunta al regime alimentare stesso.

La colesterina è stata dosata nel siero di sangue prima e rispettivamente dopo quattro sette e dieci giorni di regime ipercolesterinizzante.

I prelevamenti del sangue sono stati fatti sempre al mattino dopo circa otto ore di digiuno ed il dosaggio della colesterina del siero secondo il metodo e la tecnica indicata dal Grigaut.

Passo all'esposizione dei protocolli delle esperienze.

PARTE SPERIMENTALE.

SOGGETTI NORMALI.

OSSERVAZIONE I. — A. 20, donna, nubile. Colesterinemia eguale 1,25 ‰ a regime alimentare costante. Si aggiungono al regime gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo quattro giorni la colesterinemia è eguale a gr. 1,30 ‰; dopo sette giorni: 1,30 ‰.

OSSERVAZIONE II. — A. 24, donna affetta da deperimento organico. Colesterinemia: 1,22 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,35 ‰; dopo sette giorni: 1,30 ‰.

OSSERVAZIONE III. — A. 40, donna, maritata, con quattro figli. Colesterinemia: 1,48 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,50 ‰; dopo dieci giorni: 1,50 ‰.

OSSERVAZIONE IV. — A. 34, donna, maritata, con due figli. Colesterinemia: 1,55 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,60 ‰; dopo dieci giorni colesterinemia: 1,55 ‰.

OSSERVAZIONE V. — A. 30, donna, nubile, affetta da deperimento organico. Colesterinemia: 1,30 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,40 ‰; dopo dieci giorni: 1,38 ‰.

OSSERVAZIONE VI. — A. 50, donna. Maritata con sei figli. Colesterinemia: 1,48 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,50 ‰; dopo sette giorni: 1,55 ‰.

OSSERVAZIONE VII. — A. 22, donna, nubile. Colesterinemia: 1,58 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,55 ‰; dopo dieci giorni: 1,60 ‰.

OSSERVAZIONE VIII. — A. 30, donna, nubile. Colesterinemia: 1,35 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,38 ‰; dopo dieci giorni: 1,42 ‰.

OSSERVAZIONE IX. — A. 58, donna, maritata con otto figli. Colesterinemia: 1,65 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,70 ‰; dopo dieci giorni: 1,70 ‰.

OSSERVAZIONE X. — A. 17, donna, nubile; colesterinemia: 1,42 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,50 ‰.

SOGGETTI IPERTESI.

OSSERVAZIONE XI. — A. 65, donna, maritata; ipertonia essenziale. Pmx: 180; Pmn: 100.

Colesterinemia: 1,50 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,60 ‰; dopo sette giorni: 1,55 ‰.

OSSERVAZIONE XII. — A. 60, donna; ipertonia essenziale. Pmx: 240; Pmn: 150.

Colesterinemia: 1,80 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,80 ‰; dopo dieci giorni 1,85 ‰.

OSSERVAZIONE XIII. — A. 52, donna; ipertonia essenziale. Pmx: 200; Pmn: 100.

Colesterinemia: 2,50 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.

Dopo quattro giorni colesterinemia: 2,65 ‰; dopo dieci giorni: 2,60 ‰.

OSSERVAZIONE XIV. — A. 58, donna; ipertonia essenziale. Pmx: 280; Pmn: 140.

Colesterinemia: 2,80 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 2,80 ‰.

OSSERVAZIONE XV. — A. 61, donna; ipertonia essenziale: Pmx 220; Pmn 130.

Colesterinemia: 1,90 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.

Dopo sette giorni colesterinemia: 1,85 ‰; dopo dieci giorni: 1,90 ‰.

OSSERVAZIONE XVI. — A. 48, donna: ipertonia essenziale: Pmx 200; Pmn 120.

Colesterinemia: 2 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 2,05 ‰; dopo sette giorni: 2,15 ‰.

OSSERVAZIONE XVII. — A. 55, donna; ipertonia essenziale: Pmx 190; Pmn 100.
Colesterinemia: 1,75 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina contenuta in sei uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 1,70 ‰; dopo dieci giorni: 1,78 ‰.

OSSERVAZIONE XVIII. — A. 60, donna; ipertonia essenziale: Pmx 230; Pmn 140.
Colesterinemia: 3 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 3,10 ‰; dopo sette giorni: 3,10 ‰.

OSSERVAZIONE XIX. — A. 68, donna; ipertonia essenziale: Pmx 280; Pmn 140.
Colesterinemia: 2,80 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,92 ‰; dopo dieci giorni: 2,90 ‰.

OSSERVAZIONE XX. — A. 61, donna; ipertonia essenziale: Pmx 190; Pmn 100.
Colesterinemia: 2,10 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,10 ‰ dopo dieci giorni 2,15 .‰

SOGGETTI AFFETTI DA CALCOLOSI EPATICA.

OSSERVAZIONE XXI. — A. 30, donna; 1° parto un mese e mezzo fa; da allora quattro coliche epatiche, l'ultima sei giorni or sono.
Colesterinemia: 1,70 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,70 ‰; dopo sette giorni: 1,70 ‰.

OSSERVAZIONE XXII. — A. 40, donna; quattro gravidanze. Colecistite calcolosa.
In periodo di apiressia ed a regime costante colesterinemia: 1,40 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 1,40 ‰; dopo dieci giorni: 1,42 ‰.

OSSERVAZIONE XXIII. — A. 44, donna; sei gravidanze. Da dieci anni va soggetta a coliche epatiche. Ultima colica dieci giorni or sono. Apirettica, subittero marcato della congiuntiva e della cute.
Colesterinemia: 2,40 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,50 ‰; dopo dieci giorni: 2,45 ‰.

OSSERVAZIONE XXIV. — A. 28, donna; due gravidanze; 1ª colica quattro mesi fa; ultima dieci giorni or sono

Colesterinemia: 1,85 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,90 ‰; dopo sette giorni: 1,87 ‰.

OSSERVAZIONE XXV. — A. 52, donna; otto gravidanze. Da 15 anni va soggetta a coliche epatiche. Ultima colica 5 giorni or sono.
Colesterinemia: 1,60 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 1,70 ‰; dopo dieci giorni: 1,70 ‰.

OSSERVAZIONE XXVI. — A. 52, donna; quattro gravidanze. Da 8 anni va soggetta a coliche epatiche. Ultima colica un mese fa.
Colesterinemia: 2 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,05 ‰; dopo dieci giorni: 2 ‰.

OSSERVAZIONE XXVII. — A. 50, donna; sei gravidanze. Coliche epatiche da 12 anni. Colecistite calcolosa in atto.
La colesterinemia in periodo di apiressia: 1,50 ‰ a regime alimentare costante. Si aggiunge gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,48 ‰; dopo sette giorni: 1,55 ‰.

OSSERVAZIONE XXVIII. — A. 38, donna; quattro gravidanze. Da 5 anni coliche epatiche. Ultima colica 5 giorni or sono. Ittero di leggera intensità delle sclere e della cute.
Colesterinemia: 2,70 ‰. Si aggiunge al regime alimentare gr. 1 di colesterina al giorno contenuta in quattro uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,75 ‰.

OSSERVAZIONE XXIX. — A. 60, donna; otto gravidanze. Da 20 anni coliche epatiche. Ultima colica 15 giorni fa.
Colesterinemia: 1,80 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 2 di colesterina al giorno contenuta in otto uova.
Dopo quattro giorni colesterinemia: 1,85 ‰; dopo sette giorni: 1,92 ‰.

OSSERVAZIONE XXX. — A. 27, donna; due gravidanze. Da 7 mesi coliche epatiche. Ultima colica 5 giorni or sono. Subittero, temperatura afebbrile.
Colesterinemia: 2,30 ‰. Si aggiungono al regime alimentare gr. 1,50 di colesterina al giorno contenuta in sei uova.
Dopo sette giorni colesterinemia: 2,25 ‰; dopo dieci giorni: 2,35 ‰.

CONCLUSIONI.

Le nostre esperienze sono state portate su trenta soggetti dei quali dieci senza tare patologiche spiccate ed a colesterinemia normale, dieci affetti da ipertensione arteriosa e dieci da calcolosi epatica semplice e complicata. Nei venti ultimi quasi tutti più o meno spiccata-

mente ipercolesterinemici, non abbiamo potuto osservare per l'aggiunta ad un regime alimentare costante di gr. 2, 1,50 e 1 gr. di colesterina al giorno sotto forma di otto, sei e quattro uova somministrate quotidianamente, un aumento sensibile della colesterina contenuta nel siero di sangue anche quando la somministrazione del regime ipercolesterinico è stata prolungata fino a sette e dieci giorni.

Le piccole differenze rilevate in più od in meno da un esame all'altro nel medesimo soggetto, non spostano secondo me il valore di dette conclusioni massime ove si pensi che il procedimento impiegato per la valutazione della cifra indicante il tenore colesterinico nel metodo Grigaut si fonda su apprezzamenti di colore che possono per ammissione universale trarre in inganno anche lo stesso occhio da un esame al'altro, conducendo a differenza nei risultati delle quali quando siano contenute come nel caso nostro in limiti assai ristretti, non è lecito tenere conto.

Se si considera dunque che in condizioni normali come pure in condizioni patologiche assai raramente s'impone un regime alimentare ipercolesterinico qual'è quello che sperimentalmente abbiamo somministrato ai nostri soggetti, dobbiamo dedurne che in condizioni normali e patologiche nei soggetti della specie umana l'apporto di colesterina esogena o alimentare ha un'influenza ben limitata e praticamente trascurabile nel determinare la cifra percentuale della colesterina nel siero, mentre quasi esclusiva importanza compete alla colesterina di origine endogena.

Il concetto quindi tuttora dominante nella terapia attuale della calcolosi epatica che la somministrazione di un regime alimentare nel quale la colesterina sia rappresentata in proporzioni sensibili tenda ad aggravare le condizioni chimiche sulle quali, al lume delle teorie moderne, la malattia stessa s'impianta, non trae appoggio dai miei dati sperimentali.

Fermo restando il dato positivo della speciale tolleranza e dei benefici che in numerosi infermi affetti da calcolosi epatica induce il regime ipocolesterinizzante preconizzato dallo Chauffard mi sembra lecito indurre che il beneficio da esso derivante sia da riportarsi ad un risparmio funzionale degli organi digerenti come è noto assai sensibili negli epatopazienti e forse alla mancata azione sulla cinesi vescicolare del tuorlo dell'uovo che numerose esperienze hanno ormai messo in luce.

La mancata tolleranza dei calcolosi epatici al tuorlo d'uovo non è tuttavia fenomeno costante, e nei soggetti che furono per me oggetto di studio in questo lavoro ho potuto eliminarla o renderla quasi insensibile colla somministrazione di uova fresche di giornata allo stato naturale arrivando così a somministrarne in alcuni infermi fino ad otto quotidianamente senza poter rilevare quasi mai fenomeni per l'infermo dannosi degni di particolare nota.

In qualche infermo la nausea ed il senso di pienezza che produceva la somministrazione di otto e sei uova al giorno mi ha costretto a ridurne l'apporto giornaliero a quattro che in generale sono state ben tollerate.

Queste conclusioni non difettano secondo me d'importanza, ove si pensi che per un esagerato timore di aggravare con la somministrazione di alimenti contenenti colesterina le condizioni chimiche sulle quali la calcolosi epatica spesso s'impianta, si è giunti ad un assolutismo dietetico assai spinto con danno non infrequente delle condizioni generali dell'infermo.

Io mi sono convinto da questi miei dati sperimentali che non si possa aprioristicamente imporre all'infermo di calcolosi epatica un regime alimentare troppo assoluto per quel che concerne l'assenza di colesterina, ma che convenga volta per volta saggiarne la tolleranza individuale e che sopratutto ove si creda concedere la somministrazione di qualche uovo si renda avvertito l'infermo sulla necessità dell'assoluta freschezza e se del caso di un'appropriata preparazione di tale alimento.

Resta da rendersi conto della differenza tra i risultati da me ottenuti sull'uomo e quelli che precedenti esperimentatori avevano ottenuto nelle loro esperienze sugli animali.

Le cifre ottenute dal Pribram sui conigli non possono secondo me essere riportate per deduzioni nel campo umano ove si pensi che questo autore sperimentò su animali abitualmente e per natura assuefatti ad un regime vegetariano nel quale la colesterina non partecipa se non in minime proporzioni.

Le esperienze del Goodman sul cane, del Gardner sul cane e sul gatto, e quelle più rigorose del Grigaut e del Lhuillier sul cane, pur essendo esenti da tale critica non possono pure secondo me riportarsi per deduzioni analoghe nel campo umano; in primo luogo perchè i risultati ottenuti in esperienze sugli animali sono sempre passibili di critica quando si vogliano estendere per conclusioni analoghe a soggetti di specie diversa e in secondo luogo perchè la quantità di colesterina somministrata da questi autori ai loro cani, di gr. 2 al giorno

era troppo elevata perchè si potesse in esperienze sull'uomo arrivare ad una equivalente proporzione date le troppo sensibili differenze di peso e di taglia tra i soggetti in esame nell'una e nell'altra specie di esperienze.

Le mie conclusioni d'altra parte non hanno la presunzione di annullare quelle ottenute nei precedenti esperimenti sugli animali, ma si limitano tenendo conto della sopra accennata sproporzione nelle due forme di esperimenti, a negare l'influenza della colesterina esogena sulla cifra percentuale di colesterina del siero di sangue nei soggetti della specie umana, relativamente alle dosi da me somministrate che sono quelle del regime alimentare umano in condizioni di norma e di eccezione.

Roma, giugno 1930.

RIASSUNTO.

L'A. avendo studiato l'influenza della colesterina di apporto esogeno sul tenore colesterinico del siero di sangue in trenta soggetti della specie umana, dei quali dieci normali, dieci ipertesi e dieci affetti da calcolosi epatica, con la somministrazione di gr. 1, 1,50 e 2 di colesterina al giorno sotto forma di uova e per periodi varianti da quattro a dieci giorni, non ha potuto rilevare differenze sensibili di contenuto in colesterina prima e dopo tali esperimenti.

BIBLIOGRAFIA.

AOYAMA. Ziegler's Beitrage, Bd. 57, 1913, I.
ASCHOFF. *Wie entstohn die reinen Cholesterinsteine.* Münch. Med. Woch., 1911, p. 1753.
BACMEISTER et HENES. Deutsche Medizin Woch., 1913.
CHAUFFARD. *Du traitement médical préventif des coliques hépatiques a répétition.* Semaine Médicale, janvier 1901.
ID. *La lithiase biliaire.* Masson, 1922.
DEBREZ. *Le traitement et la pathogénie de la lithiase biliaire.* Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique, 1913.
DE LAUGEN. *Echanges cholestériniques et pathologie de la race; analyse par le* prof. HIJMANS VAN DEN BERGH. Presse Méd., juillet 1916.
FLANDIN. *Pathogénie de la lithiase biliaire.* Thèse de Paris, 1912.
GOODMAN. Citato da CHAUFFARD.
GRIGAUT. *Le cycle de la cholestérinemie*, juillet 1913.
GRIGAUT et LHUILLIER. Citati da CHAUFFARD.
I. W. MC. NEE. *Zur Frage des cholestearingeholts des Galle wahrend der Schwangerschaft.* Deut. Mediz. Woch., 1913, p. 994.
LINOSSIER. *Sur la toxicité des oeufs.* Bull. de l'Académie de médecine, mars 1918.
WIDAL, WEIL et LAUDAT. *La lipémie des brightiques.* Sémaine médicale, novembre 1912.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSP. MAGGIORE DEGLI INFERMI DI CHIERI (Torino).

Sui prolassi intestinali negli ani preternaturali con particolare riguardo ai cecali

pel dott. GIACINTO GIORDANO,
chirurgo prim. e docente.

Gli ani artificiali possono complicarsi a lesioni, talora gravi, le quali richiedono numerosi interventi di non poca entità e di non sempre facile esecuzione.

Non infrequenti le complicanze immediate e piuttosto rare le mediate: fra queste i prolassi semplici della mucosa o con arrovesciamento, o, se si preferisce, intusussessione dell'intestino stomizzato attraverso l'orificio artificialmente creato.

Noti questi prolassi al sigma colico, meno noti risultano in letteratura quelli al ceco anche perchè meno frequentemente si interviene su questa parte.

Un caso capitato alla nostra osservazione non si aggiungerà inutilmente agli altri per le sue particolari caratteristiche e perchè guarito per riduzione spontanea.

STORIA CLINICA. — B. Giusepp'na, di anni 63. Nulla degno di nota nel gentilizio.

Sposatasi a 22 anni ebbe 4 figli tuttora viventi e sani. Non aborti.

Nel settembre del 1923 venne operata di amputazione del retto, via perineale, per carcinoma. Cinque anni appresso (dicembre 1928), essendo sopraggiunta complicanza locale per stenosi di alto grado, le venne praticato un ano preternaturale sul sigma.

Nel marzo 1929 ritorna con fatti imponenti di occlusione intestinale dovuti a chiusura spontanea dell'ano preternaturale. Falliti i tentativi extraperitoneali di riapertura di detto ano, non convenendosi altro intervento locale più grave, viene senz'altro praticata una fistola cecale. La paziente esce dopo quindici giorni in buone condizioni. Il nuovo ano ha funzionato perfettamente e non diede luogo ad alcun disturbo fino verso i primi di ottobre del 1929, epoca in cui la paziente incominciò a notare che la mucosa del ceco sporgeva un po' più della norma. Tale prolasso a poco a poco divenne più evidente, finchè in seguito, pare, ad uno sforzo, si è fatto completo accompagnandosi ad arrovesciamento dell'intestino.

L'a. non diede grande importanza a questo nuovo fatto, perchè, mettendosi in posizione orizzontale poteva facilmente provvedere alla riduzione del prolasso.

L'8 gennaio 1930, essendo questo aumentato più del consueto e non avendo l'a. più potuto ridurlo, si fece trasportare all'Ospedale.

E. O. Donna in istato di notevole deperimento, d'aspetto sofferente. Conati di vomito. All'e-

same dell'addome, essendo l'a. in posizione eretta, colpisce la presenza di un cilindro mucoso, che partendo a circa due dita trasverse medialmente alla spina iliaca ant.-sup. destra si dirige obliquamente dall'alto in basso e dall'interno all'esterno. Di colorito rossastro e sanguinante ha una superficie leggermente grinzosa ricoperta di muco, interrotta qua e là da piccole rilevatezze biancastre. Lungo 35 cm. ha una circonferenza massima di 18 cm. (v. fig.). All'estremità inferiore di questo cilindro notasi un orificio tondeggiante che permette appena l'entrata della punta del dito mignolo e da cui non fuoriescono sostanze fecali. In alto a circa 5 cm. dalla base e medialmente havvi un altro

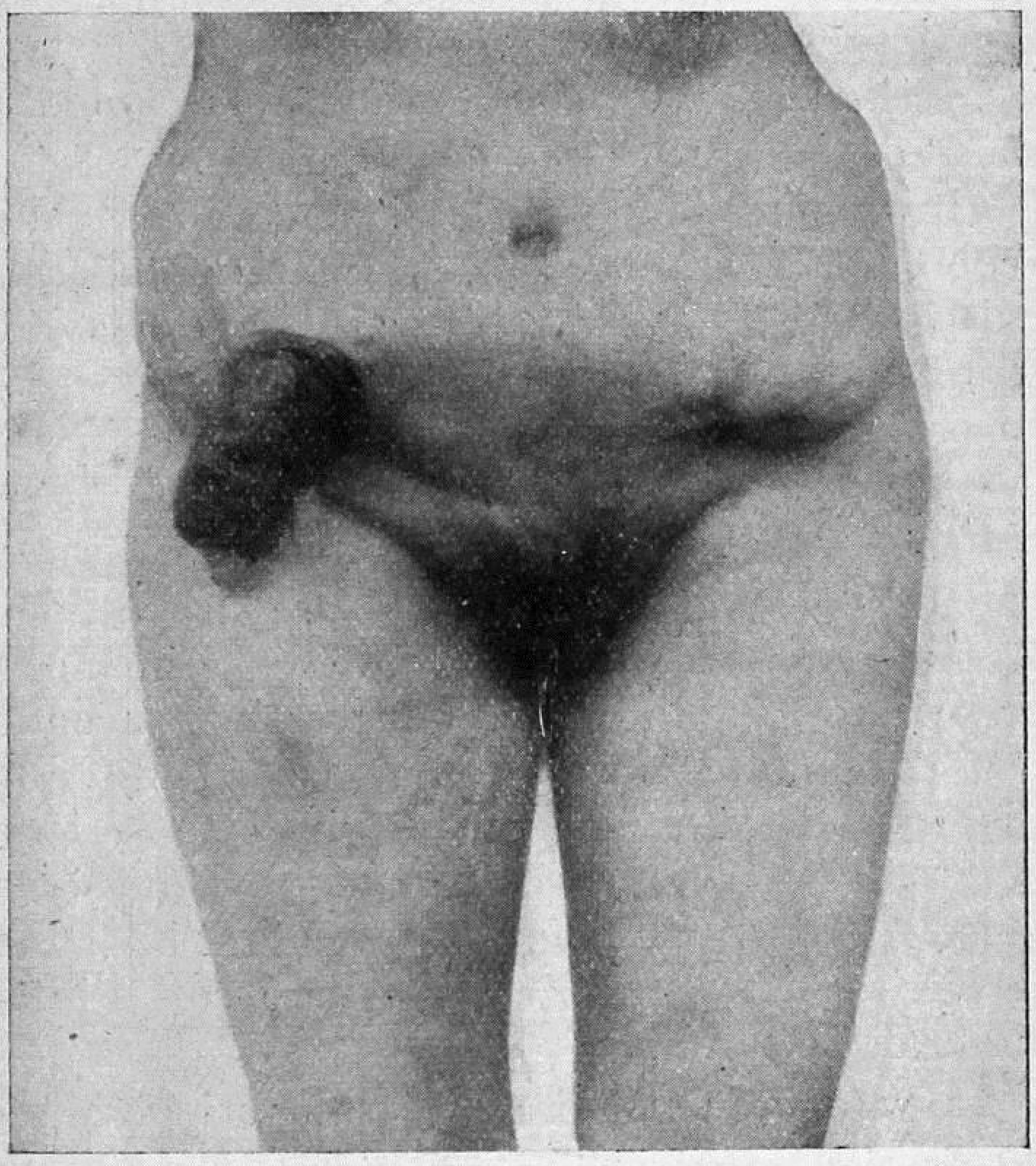


FIG. 1.

orificio, pure tondeggiante, più ampio del primo, da cui fuoriescono materie fecali e che permette comodamente l'entrata del dito indice.

La base del cilindro è impiantata sopra uno sventramento, a modo di imbuto, che si rende ben evidente quando si invita a tossire l'a. od a contrarre le pareti addominali. Tutt'attorno all'ano si nota come un indebolimento netto, d'altronde limitato, della parete, dovuto probabilmente a rilassamento o ad atrofia muscolare.

Nella fossa iliaca di sinistra si rileva una cicatrice ampia, associata a modico sventramento, postuma al pregresso ano contro-natura.

La rimanente parte dell'addome è tumida, poco dolente.

Negativo l'esame del torace. Polso 86; temperatura 37°,1.

L'esame rettale è impossibile causa la grave stenosi ricordata.

Qualche piccola ghiandola mobile alle due regioni inguino-crurali.

Riusciti inutili moderati tentativi di riduzione del prolasso, pur decisi ad un intervento radicale, che l'a. indugia ad accettare, proponiamo una cura aspettante anche in ragione delle poco buone condizioni generali e locali.

Collochiamo allora la paziente in posizione inversa permanente, avviluppando con impacchi caldi di acido borico il cilindro mucoso e sottoponendola a dieta liquida.

A poco a poco, il prolasso diminuì di volume, scomparvero i conati di vomito, ed in IV giornata rientrò completamente. Contemporaneamente si ebbe abbondante fuoriuscita di feci in parte liquide, in parte poltacee, commiste ad abbondanti gas.

Dopo dieci giorni esce dall'Ospedale in buone condizioni.

Visitata più volte il prolasso intestinale non si è riprodotto: permane soltanto più un modico grado di eversione della mucosa cecale, con lo sventramento, già descritto, facilmente riducibile.

Abbiamo dunque un prolasso cecale cronico, apparentemente irriducibile, comprendente parte del colon ascendente ed una piccola porzione terminale del tenue, che, ridottosi spontaneamente, mediante la cura surricordata, guarì senza l'intervento cruento.

Il caso è raro e perciò meritevole di essere brevemente illustrato.

I grandi prolassi dell'intestino attraverso ad un orificio di un ano artificiale non devono infatti essere molto frequenti, se restiamo alla lettura dei trattati classici per la maggior parte muti a questo riguardo.

Relativamente frequenti quelli che riguardano gli ani iliaci sinistri, rari gli altri. Studiati nella tesi del Géraud, che costituisce senza dubbio uno dei primi lavori d'insieme a questo riguardo, soprattutto dal lato delle complicazioni, furono oggetto di altri lavori per opera di Bérard e Chalier, ed in seguito di Mercier. Recentemente Mallet-Guy e Martin riferiscono su sette casi di prolassi di ani iliaci sinistri, portando così un largo contributo alla patogenesi ed in specie al loro trattamento; il Tomasi, riferendo un caso, per più lati interessante, porta pure un contributo clinico e specialmente anatomo-patologico.

Grandi prolassi di ani cecali, se le nostre ricerche bibliografiche di questi ultimi venti anni sono complete, ne abbiamo riscontrati in tutto quattro, riferiti da Bode, Becker (1911), Schmidt (1914), Bégouin e Papin (1921).

Nel caso di Bode il prolasso si era complicato con uno strozzamento di un'ansa del tenue nell'imbuto costituito dall'intestino evaginato.

In quello di Becker il prolasso, avvenuto attraverso ad una fistola cecale consecutiva ad appendicectomia, era andato parzialmente in

isfacelo. Nei casi di Schmidt e di Bégouin e Papin si trattava di grande prolasso semplice.

Tutte le volte si intervenne operatoriamente con guarigione del paziente.

Nel nostro caso, come dicemmo, si ebbe riduzione spontanea e definitiva.

Quali le cause di questi prolassi?

Sebbene tutti quegli Autori che ne parlano si limitino a quelli nel sigma o colon ascendente, i cui caratteri, specie quando si tratta di ani definitivi, sono molto diversi: anse disposte a canna di fucile, con la formazione del cosiddetto promontorio dello Scarpa, più o meno accentuato e con tutte le sue conseguenze, fatti regressivi a carico del moncone inferiore e fatti di ipertrofia della tunica muscolare nel moncone superiore, dovuti (Patel) ad una infiltrazione infiammatoria della sottosierosa, possiamo ricondurle a quelle che Tomasi contempla fra gli elementi patogenetici concorrenti alla produzione del prolasso di un intestino artificialmente stomizzato, o a quelle che altri AA., non meno esattamente, ascrivono a fatti d'ordine anatomico e funzionale.

Tomasi prende in esame:

1) l'ampiezza della stomia e la maniera con cui essa è orientata rispetto all'asse intestinale;

2) l'ampiezza, conformazione, elasticità e contrattilità del forame della parete addominale destinata al passaggio della tasca enterica stomizzata;

3) l'attività cinetica dell'intestino fissato e stomizzato;

4) le variazioni della pressione endo-addominale.

Altri fattori sono messi in evidenza tra quelli d'ordine anatomico e funzionale citati. Tra i primi, precipua la debolezza della parete addominale e la lunghezza del meso, magistralmente illustrate da Bérard e Chalier e su cui non è il caso di insistere. Ricorderemo soltanto come negli ani cecali non possa necessariamente invocarsi la lunghezza del meso.

Tra i secondi i movimenti peristaltici, sforzi bruschi e quelli di defecazione. Mallet Guy e Martin dànno infine grande importanza al fatto che nei loro casi, tutti però del colon sinistro o del sigma, i pazienti erano muniti di un apparecchio Reverdin per la raccolta delle feci, il quale, agendo a mo' di ventosa, farebbe subire a quella parte di parete addominale che imprigiona, una specie di sventramento attirando fuori l'intestino.

Sia nel nostro che nei casi citati di ani cecali non è stato mai fatto uso di un simile apparecchio e quindi non sapremmo dire quale potrebbe essere la sua importanza nel determinare il prolasso. Comunque sia il prolasso passa sempre per due stadi anatomici: dapprima abbiamo una semplice eversione, più o meno abbondante, della mucosa, cosa abituale ad osservarsi dopo un certo tempo dalla formazione dell'ano. In un grado più avanzato si ha anche la eversione di tutta la parete intestinale con la rispettiva formazione di un cilindro mucoso più o meno lungo a seconda dei casi, interessante, sempre restando al nostro caso, il colon od il tenue od entrambi, cilindro che può restare riducibile e facilmente contenibile, oppure divenire irriducibile, per sopraggiunti fenomeni infiammatori con stasi venosa, edema che possono anche dar luogo a sfacelo con tutte le sue conseguenze.

Altre volte il prolasso si complica, come vedemmo, con una vera ernia intra-anale, il cui sacco può essere abitato da un'ansa del tenue e questa infine strozzarsi.

*
* *

Poche parole sulla cura. Anzitutto diremo che tutte le volte che un chirurgo si accinge a creare un ano artificiale, deve agire in modo da evitare lo sventramento successivo, facendo uso di una tecnica corretta, ricorrendo alla dissociazione muscolare per evitare la sezione delle fibre muscolari, facendo un'incisione piccola, e, possibilmente, aprendo l'intestino il più tardi possibile onde evitare così l'infezione della ferita.

La vera cura poi del prolasso varierà a seconda che esso è riducibile o no. Nel primo caso si interverrà in quegli ammalati le cui condizioni generali sono buone ed in cui tutto fa presumere ancora una lunga sopravvivenza.

Nel secondo caso la indicazione è formale, perchè l'affezione lasciata a sè porterebbe allo sfacelo. Tuttavia, e il nostro caso ne è un esempio, alcune volte si può sperare in una regressione dei fatti infiammatori.

Deciso l'intervento due sono le vie da seguire, ognuna delle quali ha i suoi partigiani tenaci: la resezione intraddominale e la resezione extraperitoneale.

Seducente e teoricamente più soddisfacente la prima consiste in una laparatomia a distanza dell'ano, nel distruggere le aderenze, nel resecare l'intestino prolassato nel punto in cui sta per fuoriuscire e nel provvedere alla cura radicale, se il caso lo richiede, oppure nel fissarlo alla cute.

L'operazione extra-addominale tratta il prolasso come un'ernia facendo quindi correre minor rischio al paziente. Essa ha dato nelle mani di parecchi AA. e segnatamente del *Bérard* risultati buoni e duraturi.

Circa il nostro caso vano è discutere quale sarebbe stato il metodo da preferirsi essendo venuta riduzione spontanea del prolasso, il quale risultato tuttora permanente può ammaestrare per l'avvenire che anche una cura aspettante può essere indicata.

RIASSUNTO.

L'A., prospettata in tesi generale la questione dei prolassi intestinali postumi ad ani preternaturali, ne illustra un caso di grande interesse, grave, inizialmente irriducibile, in donna sessantenne, conseguito ad ano cecale e guarito per riduzione spontanea.

AUTORI CONSULTATI.

Becker. Beiträge z. klin. Chir., vol. LXXIV.
Bérard et Chalier. Lyon Chirurgical, 1909.
Bégouin et Papin. Journ. de Méd. de Bordeaux, vol. 92.
Bode. Beiträge z. klin. Chir., vol. LXXIV.
Géraud. *Tesi di Parigi*, 1903.
Mallet-Guy et Martin. Journ. de Chir., volume XXXIV.
Mercier. *Tesi di Parigi*, 1919.
Neuhöfer. Beiträge z. klin. Chir., vol. CXXX.
Schmidt. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., vol. 126.
Sistrunck. Surg., Gyn. a. Obst., vol. XXVIII.
Tomasi. *L'Ateneo Parmense*, Volume Supplemento, 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

L'urea del sangue e la costante di Ambard nel diabete.

(M. Labbé, R. Boulin e Justin-Besançon. *La Presse médicale*, 23 ag. 1930).

E' frequente osservare nei diabetici dei disturbi di escrezione dell'urea. Tale insufficienza secretoria può manifestarsi con un aumento nell'urea sanguigna, generalmente moderato, fra g. 0,50 ed 1.

Queste azotemie discrete sono più frequenti nei diabeti con denutrizione, in cui si osservano nel 40 % dei casi, che in quelli senza denutrizione, in cui si hanno soltanto nel 38 %.

Esse non hanno, a quanto sembra, rapporti con il tempo da cui si è stabilita la malattia o con l'età del malato. Non si accompagnano ad una tensione arteriosa molto più elevata che nello stesso tipo di diabete non complicato da azotemia e non coesistono, generalmente, con gli altri segni di nefrite cronica.

Durante il diabete con denutrizione, si può trovare, una volta su due, un altro fattore (oltre il diabete) suscettibile di spiegare tali azotemie; ma negli altri casi, e sempre nel diabete con denutrizione, non vi è che questo a cui si possano attribuire le azotemie.

Facendo astrazione dal periodo comatoso, tali azotemie possono essere divise in due tipi.

L'uno si osserva nel diabete senza denutrizione, in individui in età abbastanza avanzata, spesso obesi, più o meno ipertesi, spesso albuminurici. Quando, in tali casi, manca l'azotemia, essa è sostituita e per così dire annunziata dell'elevazione della costante di Ambard. Queste azotemie sono probabilmente connesse con l'installarsi di una banale sclerosi renale.

Un secondo tipo si osserva nel diabete con denutrizione, in individui giovani, con tensione normale od abbassata, non albuminurici, indenni da ogni tara, escluso il diabete. L'origine di tali azotemie è assai oscura. Ci si potrebbe anzitutto domandare se esse non dipendano da qualche fattore extrarenale (concentrazione sanguigna, ecc.), ma l'elevazione della costante di Ambard, che le accompagna, dimostra probabile la loro origine renale. All'inverso di quanto si osserva nel tipo precedente, l'elevazione della costante di Ambard non si osserva che nei casi in cui la quantità dell'urea nel sangue è di già aumentata. Ad ogni modo, se si tratta effettivamente di una insufficienza elettiva della funzione ureo-secretoria del rene, non si hanno ancora dati precisi per conoscere le condizioni del suo sviluppo. *fil.*

La cura ambulatoria del diabete.

(Jong. *Press. Méd.*, n. 77, 24 settembre 1930).

Il diabete oggidì ha una grande importanza tra le malattie croniche; la mortalità per diabete aumenta in tutto il mondo, specialmente tra le donne. Quest'aumento è apparente per il maggior numero di urine che si ricercano e per l'aumentata durata della vita umana. E' certo che però importa un forte aumento dei diabetici che vengono alla consultazione. Ora una volta i diabetici si internavano subito per un po' in clinica onde studiarli, oggidì, dato il loro grande numero sorge la necessità di una cura fin dall'inizio ambulatoria.

Jong crede di avere risolto il problema applicando i princìpi di Karl Petrén con la prescrizione iniziale di un regime povero in idrati di carbonio ed in albumina, ma ricco in grassi.

Si sa che per i più dei medici, « diabete » e « grasso » si accordano male, perchè se gli uni temono una acidosi, gli altri tentano di stimolare il pancreas prescrivendo albumina e idrati di carbonio.

Per il rapporto reciproco tra le singole sostanze l'A. si basa sulla formula di Woodyatt che permette al malato tanti grammi di grasso quanti rappresentano il doppio della quantità di idrati di carbonio e la metà dell'albumina. Cosicchè con 30 grammi di idrati di carbonio e 15 di albumina non si potrebbero dare che 68 gr. di grassi. L'A. invece spinge ancora questo regime; in principio temette

molto l'insorgenza dell'acidosi, ma questa non si verificò mai.

Se esistono segni di precoma il trattamento ambulatorio non si può instaurare, ma si deve internare il paz. in clinica. Egli considera segni che devono rendere guardinghi, i seguenti: vertigini, abbattimento eccessivo, anoressia, vomito, nausea, dolore epigastrico, tendenza progressiva al sonno, eccitazione, inquietudine, respiro profondo e difficile, sbadiglio continuo, andatura incerta, estrema sensibilità ai rumori.

Quando si tratta di un diabetico senza questi fatti, egli prescrive un regime molto semplice anche per l'uomo di mentalità più scarsa: 200 *gr. di burro e* 1000 *gr. di legumi.* Questo regime rappresenta pressappoco 30 gr. di idrati di carbonio, 15 di albumina, e 170 gr. di grassi, cioè circa 1700 calorie al giorno. Non vi è certo ipoalimentazione.

Inoltre concede, caffè, thè, acqua minerale e un bicchiere di vino rosso. Questo regime è mantenuto per una settimana, e poi si riesamina la glicosuria e la glicemia.

Se il malato ha ancora zucchero nelle urine nella seconda visita, si continua il regime per una seconda settimana, aggravandolo con due giorni di dieta. Se persiste zucchero si deduce o che non si attiene alla cura, o che ha una tolleranza inferiore ai 30 gr. di glucosio e si fa entrare in clinica per la cura insulinica.

Se dopo due o tre settimane non si ha più glicosuria aumenta l'alimentazione. Un uovo, o 50 gr. di patate in più, a scelta. Se egli sceglie le patate dopo una settimana si aggiunge un uovo; poi, se tutto va bene, si portano a 100 gr. le patate, e 2 uova; dunque un regime di 1.962 calorie.

Questo regime si raggiunge in genere alla terza settimana. Se persiste aglicosuria si aggiungono 20 gr. di pane e 25 di formaggio diminuendo il burro e i legumi Poi aggiungere, frutta, carne, prosciutto, pesce, lardo, diminuendo legumi e burro.

I risultati di questo semplice metodo sarebbero molto buoni. L. TONELLI.

La sintomatologia dell'intossicazione da insulina, con riguardo agli effetti psichici.

(C. SONNE. *Acta med. scand.*, Suppl. XXXIV).

Fra i diabetici in cura, l'A. ha osservato sintomi di intossicazione nel 96 % dei casi. Tali sintomi erano i seguenti:

Irrequietezza nervosa	63 %
Disturbi visivi (annebbiamento)	65 %
Traspirazione	71 %
Fame	69 %
Palpitazioni cardiache	44 %
Collasso	43 %
Confusione mentale	54 %
» » con amnesia	21 %

Altri sintomi vennero osservati con minore frequenza. Fra questi le vertigini, la sensazione di pesantezza alle gambe e di parestesie in diverse parti del corpo. Vi si aggiungano: diplopia (abbastanza frequente), sensazione di paura, di calore secco, difficoltà di respiro, minzione involontaria.

In 26 dei 50 casi osservati più accuratamente, si ebbero disturbi psichici. La forma più leggera di questi è data da uno stato di stupore, spesso associato con oscuramento della vista (« mi si fa nero dinnanzi agli occhi »), oltre ad altri sintomi, quali tremore, traspirazione, sensazione di fame, ecc. In tale stato, i pazienti hanno grande difficoltà a concentrare la mente, il cervello reagisce lentamente, sicchè non afferrano ciò che a loro si dice. Alcuni dichiarano di non poter parlare, o dimenticano ciò che stavano facendo in un dato momento, non ricordano se hanno presa o no l'insulina, parlano a casaccio, tentano di essere spiritosi, ecc. Oltre a ciò, vi è spesso una sensazione di vertigine ed i malati oscillano da un lato all'altro; caratteristica è la pesantezza delle gambe.

E' di grande importanza per i pazienti in tale stato che essi si ricordino di prendere dello zucchero o del pane per combattere i sintomi dell'intossicazione, ciò che essi fanno quando l'obnubilazione mentale è di grado minore. Se non lo fa il paziente, glielo debbono indicare i familiari.

Alcuni pazienti asseriscono che tali disturbi si presentano soltanto quando, con l'iniezione di insulina, si sono assoggettati ad un certo sforzo; p. es., una ragazza ha sintomi leggeri quando sta coricata, mentre essi si fanno più intensi quando si alza; una bambina ha gravi accessi di « rabbia e cattiveria » quando è eccitata per qualche ragione.

In tutti i casi, i disturbi psichici si osservano con una certa frequenza, settimanalmente, mensilmente, ma non ad intervalli regolari; nelle donne hanno una certa connessione con le mestruazioni.

In 10 dei 26 casi, (cioè nel 21 % dei casi di intossicazione) i pazienti durante gli attacchi erano inconsapevoli di quanto facevano e, dopo di essi, mostravano completa amnesia delle azioni compiute. Non raramente, l'accesso si ebbe mentre il paziente si trovava al lavoro o durante una passeggiata ed essi andavano qua e là, anche per diverse ore senza sapere ciò che facevano; nessuno però ebbe a farsi male seriamente, sebbene, p. es., in un caso si trattasse di un individuo in servizio ferroviario che vagabondava qua e là per la linea.

Alcuni diventano eccitati, irritati o « isterici », od attaccabrighe, i bambini fanno delle cattiverie, diventano bizzosi; una donna si produceva delle lesioni battendo fortemente le mani contro la tavola.

Si osserva spesso una irrequietezza delle mani, che i pazienti non possono tener ferme; una madre fece in pezzetti il berretto del figlio, altri riducono in pezzetti la carta, il pane. Alcuni insultano i passanti, oppure li urtano.

La possibilità di questi disturbi nei diabetici trattati con insulina deve essere tenuta presente, tano più che anche la vita e la salvezza di altre persone può essere esposta a pericoli. Per prevenirli, il dosamento dell'insulina deve essere rigorosamente determinato e si prenderanno inoltre le precauzioni necessarie. *fil.*

STATI ANAFILATTICI.

La " radioanafilassi „ nell'organismo normale.

(L. CAPPELLI. *La Radiol. Med.*, f. 9, sett. 1930).

Sull'anafilassi da raggi è stato molto discusso; non è raro notare che in seguito ad applicazioni di notevoli quantità di radium si sviluppa una sintomatologia costituita da vomito, febbre, brivido, adinamia, caduta della pressione sanguigna, disordini intestinali, ambascia generale, che l'avvicina a quella che si ha nell'anafilassi, per cui da alcuni è stata creata la denominazione di *radioanafilassi*.

Si tratta veramente d'un'anafilassi scatenata dall'applicazione dei raggi? Per poter considerare il problema da un punto di vista sperimentale, bisogna ricordare le teorie biologiche invocate a spiegare il meccanismo dell'anafilassi. Per provocare l'anafilassi è necessario iniettare nell'organismo delle proteine eterogenee, ed i loro derivati — albumose e peptoni —; tali proteine a piccole dosi producono immunità, a grandi dosi l'anafilassi. Come primo corollario si avrebbe che i raggi scatenerebbero una quantità tale di proteine da sorpassare quelle necessarie allo stato immunitario, per raggiungere la dose anafilattizzante.

Per anafilassi s'intende uno stato allergico per cui la sostanza suscita in un organismo naturalmente ipersensibile o ipersensibilizzato ad arte, fenomeni d'intolleranza, come sogliono avvenire in altre condizioni in organismi normali.

Secondo alcuni biochimici invece l'anafilassi è da ritenersi un'acidosi, latente nel periodo che precede i fenomeni di crisi o di choc, reali in questi.

Stabilite queste premesse, il Cappelli ha voluto ricercare sperimentalmente se l'irradiazione potesse produrre l'anafilassi, comparandola a quella che si ottiene in animali ipersensibilizzati. A tal uopo in un gruppo di conigli somministrò per otto volte ad otto giorni d'intervallo, 8' d'irradiazione a campo libero sull'addome, in tutto oltre 2 D. E. dopo circa 2 mesi. Ad un altro gruppo di conigli con le stesse modalità di tempo iniettò 5 cc. di una soluz. sterile di peptone di Witte al 5 % in acqua salata all'1 %.

Dopo 15 giorni dall'ultima iniezione ed irradiazione furono iniettati 2 cc. nelle vene della medesima soluz. di peptone. I risultati furono molto incerti.

Furono allora sostituite le iniezioni di peptone con il siero di cavallo; e due lotti di conigli furono preparati nella stessa maniera. Su ciascuno di essi si misurava la riserva alcalina, il pH, il CO^2, la conta dei globuli bianchi, prima e successivamente dopo ogni iniezione ed irradiazione. Anche in tali casi i fenomeni biochimici hanno esclusa l'anafilassi, perchè non fu riscontrata l'acidosi invocata a spiegare l'anafilassi. Per allontanare il dubbio fornito dal controllo biochimico, l'A. ha ricercato il quadro classico della sintomatologia anafilattica; nei conigli sieroanafilattizzati dopo 15 giorni ha iniettato nelle vene 3 cc. di siero: i conigli muoiono fulminati. In quelli ugualmente sieroanafilattizzati fu applicata una irradiazione brutale di 325 R a campo libero sull'addome. Se era vero che le irradiazioni mettevano in libertà bruscamente delle proteine eterogeneizzate, non doveva mancare lo choc anafilattico, ciò che non avvenne.

Da questi fatti emerge che l'ipotesi della radioanafilassi non trova fondamento in ricerche sperimentali, e quindi cade il sospetto dell'azione delle irradiazioni sulla scissione dei nuclei proteici, o che agiscano sulle stesse proteine. CARUSI.

La malattia da polline: cura con cutireazioni e inalazioni di estratti di polline.

(JOLTRAIN e DIARD. *Presse Méd.*, n. 47, giugno 1930).

Gli AA. che da lungo tempo si occupano dell'argomento ritengono che per la diagnosi il processo delle cutireazioni è di gran lunga il migliore. Essi consigliano le semplici soluzioni acquose di pollini e le preparano nella seguente maniera: 1 gr. di polline è messo a macerare in acqua clorurata al 5 per 1000 durante quattro o cinque ore; si porta poi alla ebollizione per venti minuti, si filtra su carta Laurent, e si distribuisce il liquido in ampolle che si sterilizzano a 120° per 20 minuti. Gli AA. han conservato questi pollini perfino 10 anni.

Essi hanno sperimentato vari metodi di desensibilizzazzione generale, con i seguenti risultati: l'autosieroterapia intravenosa ha loro dato il 27% dei risultati favorevoli. L'auto-emoterapia pare invece inefficace; la sua inefficacia è molto evidente nella febbre da fieno, mentre contro l'asma si hanno dei buoni risultati.

L'intradermoreazione al peptone, secondo al-

cuni, sarebbe molto efficace, secondo altri non tanto; ad ogni modo presenta vari inconvenienti, tra cui quello di riuscire dolorosa, dare delle reazioni locali forti, e talora lasciare delle macchie pigmentate permanenti onde molti malati abbandonano presto la cura.

Il metodo di desensibilizzazione specifica che fu proposto per primo e che gli Americani considerano ancora il migliore è quello delle iniezioni sottocutanee. Ma esso in alcuni casi ha dato qualche inconveniente. Gli AA. pubblicano, tra gli altri, un caso di edema minaccioso della glottide.

Anche il metodo delle intradermoreazioni cogli estratti di polline presenta pericoli: invece ottimi risultati senza alcun inconveniente si è avuto col *metodo delle cutireazioni* proposto per la prima volta da Pasteur, Vallery, Radot e Haguenau.

La cutireazione può essere fatta dal malato stesso, ogni mattina per un mese. Verso il 15° giorno il paziente comincia ad istillarsi ogni mattina una goccia dell'estratto di polline preparato, in una narice. Segue, in genere, una crisi di corizza. Secondo il grado di questa (idrorrea semplice con qualche starnuto, nei casi lievi) si continua, si sospende o si aumenta l'istillazione dell'estratto nelle narici. Il metodo avrebbe dato il 75 % di risultati favorevoli (15 % di guarigioni e 60 % di miglioramenti). L. TONELLI.

Cura dell'asma.

(W. R. F. COLLIS. *The Lancet*, 13 sett. 1930).

L'A. ha studiato 60 bambini con asma di tutti i tipi. La cura dell'asma richiede delle norme generali da seguirsi in ogni caso e delle norme particolari da adattare ai singoli ammalati. Le *norme generali* riguardano il riposo, la dieta, il moto. Le norme particolari sono numerosissime. Secondo Bray in molti casi di asma c'è diminuzione o abolizione dell'acido cloridrico, che si può somministrare unito alla pepsina. In alcuni casi si ha asma associato a eczema e vomito ciclico e nel sangue c'è aumento degli aminoacidi e diminuzione dello zucchero; in questi casi secondo Oriel giova moltissimo la somministrazione di zucchero sotto forma di glucosio in grande quantità. In alcuni casi è utile associare glucosio e acido cloridrico.

Ogni malato di asma dev'essere visitato dal rinologo e, se esistono alterazioni (deviazione del setto, rinite ipertrofica, infezione dei seni), queste si devono curare.

La psicoterapia può essere utile negli adulti con asma neurotico, il che nei bambini è eccezionale. Però nei bambini è bene cercare di dissipare il timore che essi hanno degli attacchi asmatici.

Utilissima per la cura è la *cutireazione* con svariatissime sostanze in modo da poter stabilire qual'è quella per la quale il malato è ipersensibile e accertare anche se si tratta di forme di origine respiratoria, o alimentare o batterica. Nelle forme da batteri si farà la *vaccinoterapia* che dà molti successi, la *desensibilizzazione* specifica si deve fare nelle altre forme di asma anafilattico. La cura col peptone non è consigliabile nei bambini perchè provoca shok che spesso danneggia lo stato generale.

Fra i rimedi *palliativi* occupano il primo posto l'adrenalina e l'efedrina. L'efedrina ha il beneficio di poter essere somministrata per bocca. L'uso di inalazioni con sostanze contenenti stramonio, lobelia, è meno efficace dell'adrenalina e dell'efedrina. R. LUSENA.

SISTEMA NERVOSO.

I tumori dell'angolo ponto-cerebellare.

(GIROT. *Rev. méd. la Suisse Romande*, n. 7, giugno 1930).

Sebbene chiaramente noti i sintomi di questi tumori, non sarà male riepilogarli rapidamente, anche perchè essi permettono una brillante diagnosi anche a chi non è neuropatologo, e poi, sopra tutto, perchè l'intervento operativo può portare enormi vantaggi.

Dati anatomici: Questi tumori sorgono nella loggia cerebrale posteriore, tra l'occipitale e la sua squama, la rocca, e la tenda del cervelletto, ove si trovano il bulbo, il ponte, il cervelletto, e i n. cranici della regione. Si chiama angolo ponto-cerebellare, la regione in cui il peduncolo cerebellare medio si affonda nell'emisfero del cervelletto formando un angolo più o meno aperto ove suole svilupparsi questo tumore.

Esso nasce spesso a carico dell'VIII° paio.

Questo tumore giace in avanti e in fuori sulla faccia posteriore della rocca petrosa, in dietro sul peduncolo cerebellare medio, in dentro sul ponte, che comprime; in basso respinge il lobulo digastrico ed il fiocculo, in alto è imbrigliato dalla tenda del cervelletto.

Esso produce compressione e distruzione dei nervi della regione: VIII, VII, e V; compressione della regione cerebello-peduncolo-protuberanziale; blocca rapidamente l'acquedotto di Silvio, onde ipertensione cranica, e sintomi cerebellari.

La diagnosi differenziale va quindi posta: all'inizio, con le altre cause di sordità; con le nevralgie più o meno essenziali del trigemino, con *poussées* iniziali di sclerosi a placche (sintomi cerebellari, e paralisi periferiche rapide dei n. cranici). In qualunque periodo della malattia, con tutti gli altri tumori intracranici, specie della base; coi tumori soprasellari o anche frontali che possono dare dei fenomeni cerebellari a distanza; coi tumori cerebellari, e con quelli intrapontini la cui diagnosi differenziale è talora impossibile.

Sintomi: *lesioni dei nervi cranici.* I segni uditivi sono in genere i primi e più importanti: ipoacusia, poi sordità e vertigini. Non appena si sospetta un tumore ponto-cerebellare occorre un esame otologico completo.

L'*ottavo paio* consta di una radice cocleare (acustica) ed una radice vestibolare in rapporto a funzioni di equilibrio. A carico della prima radice si hanno dapprima fenomeni irritativi: ronzii, fischi, ecc.; più tardi fatti paralitici: ipoacusia, infine sordità. La radice vestibolare darà ugualmente fatti irritativi prima: vertigine con tendenza alla caduta, vertigine di Ménière o nistagmo vestibolare; più tardi fatti distruttivi con ineccitabilità vestibolare.

L'otologo ci dovrà dare i seguenti esami: esame del timpano, per escludere la sordità periferica; esame del n. cocleare con la voce alta, afona, l'orologio, il diapason, lo studio dell'udito per via ossea (prove di Schwabach, Rinne, Weber); l'esame del n. vestibolare e precisamente la ricerca del nistagmo vestibolare (rotazione su sedia del Bárány, irrigazione dell'orecchio, nistagmo calorico di Bárány; nistagmo galvanico, prova della vertigine voltaica del Babinski).

Con tutte queste prove si troveranno delle lesioni più o meno profonde, precoci delle due radici dell'VIII°.

La *lesione del facciale* è più tardiva e darà prima fatti irritativi (emispasmo facciale), poi paretici o paralitici, s'intende a tipo periferico con segno di Charles Bell.

La *lesione del trigemino* è frequentissima ed assai importante. Essa determina parestesia, dolori in una metà del volto, talora invece, più spesso, anestesie o ipoestesie. Questi fenomeni occupano: la gota, la fronte, la faccia mucosa interna della gota, la metà anteriore della lingua, la metà del velopendolo, e la cornea. Spesso l'abolizione del riflesso corneale è il primo ed il solo segno di interessamento del quinto.

L'*oculo motore esterno* è spesso colpito, ma ciò ha meno importanza perchè questo nervo risente presto e molto le ipertensioni craniche, qualunque ne sia la causa.

Disturbi cerebellari: importantissimi, sono però assai variabili all'inizio. Non si dimentichi che il tumore è extracerebellare.

Si deve fare un esame cerebellare completo: studio della statica, della deambulazione, ricerca della asinergia, dismetria e adiadococinesi, studio del tono dei diversi segmenti degli arti, della passività, dei riflessi pendolari, e delle modificazioni dei riflessi di posizione.

I disturbi cerebellari sono dallo stesso lato del tumore dell'angolo ponto-cerebellare, ovvero, se bilaterali, sono più intensi dal lato del tumore.

I segni di compressione delle vie motrici sono in genere assenti o minimi. Non sempre sono controlaterali, ma talora omolaterali. Jumentié spiega ciò domandandosi se la parte del ponte che viene a sottostare alla maggiore pressione non sia la più lontana dal tumore che verrebbe ad essere schiacciata tra la resistenza del neoplasma e la parete cranica opposta alla lesione.

Talora si hanno crisi di epilessia generalizzata o jacksoniana, come sintomo a distanza per ipertensione cranica.

Segni generali: sono quelli dell'ipertensione cranica, però non divengono predominanti se il tumore evolve liberamente. La cefalea è precoce. Talora con la percussione si localizza il dolore alla regione occipitale. I vomiti, i disturbi del polso, dell'intelligenza, non hanno nulla di particolare.

L'*esame del fondo dell'occhio*: dà una papilla da stasi precoce e frequentissima. Barré di Strasburgo però ritiene che le statistiche odierne diano una percentuale minore della papilla da stasi che le statistiche più antiche, solo perchè oggi l'esame del fundus si fa in un periodo più precoce. Sarebbe un errore perciò, di fronte ad una sindrome altrimenti netta, abbandonare la diagnosi per la assenza della papilla da stasi.

Evoluzione: se non si interviene si giunge allo stadio terminale con lesione del IX, X, XI e anche XII paio, onde paralisi del velo palatino, della lingua, disturbi della deglutizione, del polso e del respiro. L'edema papillare aumenta fino alla cecità.

Altri esami: utili sono la *puntura lombare* che va fatta in decubito laterale; essa dà ipertensione del liquor: 60-80 al Claude. Forte dissociazione albumino-citologica, liquor spesso xantocromico, con l'1,50-2 p. mille di albumina.

La *radiografia* è di interpretazione molto delicata. L. TONELLI.

Sindrome di Brown-Séquard da poliomielite e da sifilide.

(G. B. HASSIN, F. J. KENDRICH e J. CONNELLY. *Journal Nervous and Mental Disease*, settembre 1930).

La sindrome di Brown-Sequard può essere causata da molte condizioni morbose. Le forme più comuni sono quelle da compressione del midollo spinale da parte di un tumore o di un processo sifilitico, più rare sono quelle da mieliti.

L'A. riferisce il caso di un ragazzo di quindici anni, il quale fu improvvisamente colpito da paralisi completa dei muscoli della spalla sinistra, che rapidamente divennero flaccidi, atrofici, con netta reazione degenerativa. Senza dubbio la paralisi era in rapporto con una lesione della sostanza grigia midollare e precisamente di quella porzione delle corna anteriori comprese tra il quinto, sesto e settimo segmento cervicale. Erb classifica questa malattia come una poliomielite anteriore acuta.

Ma l'infermo oltre la paralisi motoria presentava disturbi sensitivi, consistenti in una dissociazione della sensibilità a tipo siringomielico con diffusione a tutto il lato destro del corpo fino al livello della settima vertebra cervicale (sensibilità tattile normale, sensibilità termica e dolorifica notevolmente ridotte, assenza della sensibilità profonda).

I disturbi motori-sensitivi incrociati, in questo caso, si possono spiegare ammettendo una diffusione del processo morboso delle corna anteriori alla base delle corna posteriori, nelle quali risiedono le cellule del tratto spinotalamico. Ma se così fosse, il disturbo della sensibilità non sarebbe stato controlaterale ma allo stesso lato della paralisi motoria, in quanto le fibre sensitive che attraversano le corna posteriori provengono dal lato opposto, Evidentemente la interruzione della sensibilità in questo caso risiede altrove. La lesione deve trovarsi nel cordone laterale sinistro dove si trovano le fibre lunghe (spinotalamiche) della sensibilità termica e dolorifica del lato opposto. La interruzione di questa parte produce anestesia al lato opposto del corpo al disotto della lesione, ossia, nel caso in quistione, al disotto del settimo segmento cervicale.

Non è possibile dire se si tratta di due focolai uno nella sostanza grigia ed uno nella sostanza bianca, o della diffusione del processo poliomielitico al cordone laterale. Ad ogni modo è certo che si è trattato di un processo infiammatorio, a favore del quale parlano l'inizio improvviso della malattia, l'atrofia, e l'apparente regressione della paralisi e la sua ulteriore stabilità.

Casi analoghi non mancano nella letteratura. Wickmann notò che non raramente il processo infiammatorio dalla corna anteriore si diffonde ai cordoni laterali.

Un caso tipico di paralisi di Brown-Séquard fu constatato da Redlich in una donna di cinquantuno anni. Essa presentava: disturbi della sensibilità agli arti di destra ed al tronco fino al quarto segmento dorsale, la sensibilità profonda era assente alla mano ed al piede di sinistra; paraparesi spastica bilaterale; esagerazione dei tendinei, Babinski bilaterale. La malattia s'iniziò con brivido e febbre, seguita dopo tre giorni da parestesie alla gamba sinistra e poi anche a quella destra. Le condizioni peggiorarono progressivamente e fu fatta diagnosi di mielite. Ma dopo qualche settimana scomparvero del tutto sia i disturbi motori che quelli sensitivi.

In un altro caso studiato dall'A. si trattava di un soggetto sifilitico che al momento dell'ammissione in ospedale presentava paralisi motoria e disturbi della sensibilità muscolare della gamba sinistra, nonchè analgesia e termo-anestesia controlaterale fino a livello del sesto segmento dorsale. Il trattamento antiluetico non determinò alcun miglioramento. All'operazione si riscontrò uno strato di tessuto fibroso sulla dura madre a livello del sesto e settimo segmento dorsale. La dura era inspessita ed iperemica. In corrispondenza il midollo spinale era appiattito.

Dopo circa un mese dall'operazione il paziente era completamento guarito.

Notevole il fatto che il soggetto non presentò mai disturbi della sensibilità tattile, il che conferma che questa sensibilità è convogliata nel midollo spinale attraverso le fibre lunghe e corte delle radici posteriori di ambo i lati.

Il caso è interessante anche perchè prova che il trattamento antiluetico nelle forme di compressione del midollo da parte di processi sifilitici non sempre dà utili effetti e che in caso di insuccesso conviene ricorrere all'intervento chirurgico. DR.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

G. MÒGLIE. *Manuale di Psichiatria ad uso dei medici pratici e degli studenti*. Editore Luigi Pozzi. Roma, 1930. Prezzo L. 56.

L'autore nella prima parte espone dapprima le cause esogene ed endogene delle malattie mentali; quindi la sintomatologia generale, cioè i disturbi della coscienza, delle percezioni, dell'attenzione, della memoria, dell'ideazione, dell'affettività, delle determinazioni volitive e degli istinti.

Gli argomenti sono svolti in modo chiaro, sobrio e facilmente comprensibile a chi s'inizia allo studio difficile delle malattie mentali. Segue un ottimo capitolo sull'esame del malato di mente. A parer mio sarebbe necessario mettere in maggior evidenza, anche con esempi grafici, i metodi di esame dei componenti organici degli stati affettivi, tra i quali hanno grande importanza gli organi della circolazione, perchè la parola è l'espressione naturale della rappresentazione ma non dello stato affettivo. Giustamente è messo in rilievo il fatto tanto spesso trascurato nella pratica giornaliera che « l'esaminatore deve ascoltare e osservare sapendo tacere al momento opportuno ».

Ottime sono le osservazioni sulla assistenza e sul ricovero dei malati mentali, senza esagerazioni dottrinali. Sarebbe stato opportuno il ricordo dei due grandi italiani che primi tolsero le catene ai malati di mente: A. M. Valsalva a Bologna nel 1729, V. Chianugi a Firenze nel 1788, mentre il Pinel iniziò il suo esperimento felice solo nel 1798.

Sul ricovero degli alienati sarebbe utile esporre brevemente le disposizioni della nostra legislazione colle modalità per eseguire l'internamento di un malato in un Ospedale Psichiatrico; modalità così necessaria a conoscersi dai Sanitari esercenti.

Il capitolo della psicoterapia e psicoanalisi è veramente buono: l'ho letto con piacere; l'autore è giustamente sereno nell'apprezzamento di questo metodo d'indagine che ha fatto in poco tempo tanti proseliti!

Nella parte speciale l'autore espone in modo chiaro ed adatto per coloro che iniziano gli studi nelle discipline psichiatriche la sintomatologia delle singole forme morbose.

Egli si serve per la costituzione delle unità morbose del criterio psicologico-clinico sorretto da quello etiogenetico delle cause endogene. Certo, allo stato attuale delle nostre conoscenze non si può che seguire le direttive del Mòglie: all'avvenire è riservata la soluzione del problema della base anatomica di tutte le malattie mentali, e ad essa debbono tendere gli studi degli alienisti.

Nel capitolo della paralisi progressiva sono esposti i risultati della esperienza personale dell'autore con la malarioterapia: risultati che in generale coincidono con quelli degli altri alienisti e con quelli osservati nel nostro Ospedale Psichiatrico Provinciale di Roma.

Per quanto riguarda la cura della malaria applicata alle sindrome distimiche sono ricordati i risultati del Levi-Bianchini. Il relatore non ha ottenuto dati incoraggianti.

In alcuni casi di sindromi schizofreniche l'autore ha adoperato la stessa terapia, ed egli giustamente fa rilevare come non possa dai suoi limitati esperimenti trarre alcuna conclusione.

Il sottoscritto in una serie più numerosa non ha ottenuto alcun miglioramento, e può anche egli augurarsi, con il Mòglie, che una più lunga esperienza possa modificare queste conclusioni poco favorevoli.

Il lavoro, come ho detto, è scritto in modo chiaro, intelligibile; è sufficientemente fornito di figure di alienati nel loro caratteristico atteggiamento, ed è presentato in bella veste editoriale dal Pozzi, editore così benemerito in Roma per la pubblicazione di opere mediche.

Prof. AUGUSTO GIANNELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. FRANTZ. *L'ostéo-synthèse metallique dans les fractures diaphysaires.* Un vol. di 190 pagg. con molte illustrazioni. Masson e C., ed. Frs. 35.

L'argomento dell'osteosintesi metallica è affrontato in questo lavoro monografico dal punto di vista sperimentale e anatomo-patologico l'A. si propone innanzi tutto di chiarire i due quesiti fondamentali del metodo; il problema meccanico della contenzione e le reazioni biologiche dell'osso rispetto al materiale di sintesi. Dall'analisi dettagliata dei risultati delle ricerche il Frantz tenta infine di trarre delle conclusioni pratiche per quel che riguarda la chirurgia umana, esaminando quali siano i processi da preferirsi. Un libro di notevole interesse in complesso e specie per l'attenta valutazione dei dati sperimentali e per l'esposizione chiara e completa di tutti i lati del problema. Una maggiore obiettività poteva forse desiderarsi nelle concusioni definitive.

L'opera è chiusa da un ricco indice bibliografico.

E. VENEZIAN.

A. POLLIDORI. *Il trattamento cruento delle fratture degli arti.* Un vol. di 94 pag. con 48 figg. L. Cappelli, ed. L. 32.

Interessante contributo all'argomento, sempre all'ordine del giorno, della cura delle fratture degli arti, basato su una ricca casistica.

E. VENEZIAN.

M. CAMURATI. *Le pseudoartrosi congenite della tibia.* Un vol. di 162 pagg. con numerosiss. illustraz. e tav. L. Cappelli, ed. L. 45.

È noto quale scoglio rappresenti per il chirurgo la terapia di questa distrofia, ancora mal nota ai più in quanto mentre i trattati sono pressochè muti al riguardo, il poco che si sa trovasi disperso in lavori per lo più frammentari.

Preziosa appare dunque la monografia del Camurati e tanto più in quanto alla completa trattazione dell'argomento segue una statistica (dell'Istituto Rizzoli) che per numero di casi (27), ricchezza di dati e abbondanza di radiogrammi e fotografie ha di per sè un valore straordinario.

Lo studio del C. è perciò indispensabile a chi voglia conoscere l'argomento.

E. VENEZIAN.

L. MONCALVI. *Peritoniti perforative.* Un vol. di pag. 150. Soc. Edit. Libraria. Milano, 1929, L. 20.

L'A. ha raccolto in questo compendioso volumetto i casi di peritoniti da perforazione capitati all'osservazione nell'Ospedale Maggiore di Milano. Lo scopo prefissosi dal Moncalvi è pienamente raggiunto, con questo suo lavoro porta un contributo di notevole importanza alla migliore conoscenza delle sindromi addominali perforative.

Il materiale è stato diviso a seconda della sede della perforazione e ogni capitolo è illustrato ampiamente oltre che dalle osservazioni personali da considerazioni bibliografiche. Di particolare importanza sono i capitoli sulle peritoniti da perforazione delle vie biliari e da ulcera tifosa.

VALDONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXVI Congresso di Medicina Interna.

(*Continuazione e fine; v. num. prec.*).

Presidente: Sen. MARAGLIANO.

SEZIONE B.

Seduta ant. del 15 ottobre 1930 (ore 10).

Comunicazioni varie.

FANELLI Z. (Napoli). — *Il contenuto in albumina coagulabile delle urine che può attribuirsi alla presenza del sangue.* — L'O. in vista delle difficoltà esistenti per stabilire fino a qual punto il sangue mescolato nelle urine contribuisca a formare parte dell'albumina totale di un'orina patologica, ha esaminato un certo numero di reazioni colorimetriche e chimiche, per stabilire quali di esse corrispondessero, agli inizi della loro sensibilità, ad un contenuto costante di sangue. Ciò fatto, tenuto conto del quantitativo di albumina che corrisponde alla reazione prescelta, l'eccesso di essa dovrà attribuirsi totalmente all'albuminuria contemporaneamente esistente.

ALZONA L. (Genova). — *Variazioni della pressione venosa durante il riflusso addomino-giugulare provocato.* — L'O. riferisce alcuni dati di pressione venosa durante la manovra di Wilson per la provocazione del reflusso addomino-giugulare, studiata in soggetti con apparato cardiovascolare sano e in cardiopatici compensati e scompensati.

Per le determinazioni l'O. si è servito del metodo flebomanometrico di Arnoldi.

Negli individui sani e nei cardiaci compensati con riflesso addomino-giugulare negativo, l'O. non ha trovato modificazioni apprezzabili a carico della pressione venosa; nei cardiaci compensati e scompensati, nei quali il segno del reflusso addomino-giugulare è clinicamente positivo, la manovra determinò sempre un aumento della pressione venosa, non proporzionabile alla positività clinica del riflesso.

L'O. discute in seguito sull'interpretazione del fenomeno.

VILLA L. (Pavia). — *Proposta di un metodo di indagine della funzione renale, a mezzo dell'uroselectan, con riferimento alle nefropatie mediche.* — Non sempre la dose di 40 gr. di uroselectan sciolti in 100 cmc. di acqua è innocua per l'organismo, chè anzi l'O. spesso ha potuto osservare cefalee violente, sbalzi preoccupanti di ipertensione arteriosa, intensi stati congestizi del circolo periferico, fenomeni che quindi possono lasciare a volte perplessi all'uso della sostanza.

Premesso ciò, l'O. propone un adattamento di tecnica, a scopo funzionale con l'uroselectan, da eseguirsi mediante una quantità di sostanza molto ridotta e tale da essere attuato con mezzi di riconoscimento ordinari, cioè con una analisi delle urine. La quantità di 10 gr. della sostanza è adatta allo scopo.

SANTUCCI G. e ALZONA L. (Genova). — *Sistema nervoso vegetativo e sistema atriale.* — Gli OO. si sono proposti di studiare l'importanza del sistema neuro-vegetativo nella patogenesi della fibrillazione auricolare e dalle loro ricerche giungono alle conclusioni che è facile dimostrare segni di squilibrio neuro-vegetativo nei soggetti con fibrillazione auricolare; che questo squilibrio consiste per lo più in un'ipereccitabilità del sistema vagale; che l'eccitaz. del vago o la paralisi del simpatico possano determinare fibrillazione auricolare.

Nella patogenesi pertanto della fibr. aur. il fattore nervoso oltre a quello anatomico deve essere tenuto presente, e nella terapia della fibr. aur. merita conto di conseguenza, tentare di agire sul sistema nervoso vegetativo e più precisamente sul sistema vagale.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidente: Sen. MARAGLIANO.

Seguito delle comunicazioni.

D'ALLOCCO O. (Fermo). — *Due osservazioni di tumore cerebrale.* — L'O. comunica due osservazioni di tumore cerebrale studiati nell'Ospedale di Fermo, le quali, con altre precedenti pubblicate, raggiungono la cifra di 34. Di queste due ultime, la prima ha importanza solo clinica, la seconda ha importanza clinica ed anatomica, in quanto costituisce un esempio notevole di quell'anatomismo clinico dei centri nervosi, del quale il nostro compianto Mingazzini ci ha lasciato magistrali insegnamenti; la diagnosi clinica del primo caso è di probabile *glio-sarcoma telengectasico dell'emisfero cerebrale destro;* la diagnosi clinico-anatomica del secondo, è di *sarcoma dei due peduncoli cerebrali*, specialmente del peduncolo destro, con interessamento del 3° e anche 4° paio dei nervi cranici, in modo da aversi una sindrome di Weber doppia o bilaterale, che non è frequente ad osservarsi. Tale localizzazione, corrispondente con esattezza alla sintomatologia osservata, dà anche ragione di un sintoma iniziale e persistente, cioè la sonnolenza, che si vuole abbia appunto il suo centro nell'ambito dei peduncoli cerebrali e dintorni, specie nell'infundibulo, come studi clinici e sperimentali di Economo, Demele, Salmon fanno intravedere.

DE NUNNO R. (Napoli). — *Azione della decidua e dei suoi estratti su l'accrescimento larvale e sulla metamorfosi dei girini di bufo vulgaris.* — L'O. studiando l'azione della decidua in polvere e dei suoi estratti sull'accrescimento larvale e sulla metamorfosi dei girini di bufo vulgaris, ha visto che, rispetto a quelli alimentari col solo muscolo in polvere (controlli), i girini nutriti con muscolo più polvere di decidua hanno, rapidamente, raggiunto uno sviluppo morfologico e ponderale, notevolmente superiore. Azione egualmente favorevole sull'accrescimento larvale ha esercitato la frazione acetone-insolubile dell'estratto alcoolico di decidua (ottenuto col metodo di Gentili e Binaghi). Per contro, l'estratto

etereo (etere di petrolio) della formazione deciduale, si è rilevato decisamente sfavorevole alla crescita.

Nei girini alimentati con la polvere ed in quelli trattati con l'estratto alcoolico di decidua, l'O. ha ottenuto, rispetto ai girini nutriti con solo muscolo, metamorfosi più precoci ed in numero maggiore, all'opposto di quanto ha constatato nei girini sottoposti all'azione dell'estratto etereo nei quali, le metamorfosi, sono state molto scarse e ritardate.

La complessa azione esplicata dalla decidua sulla crescenza deve quindi, in base ai riferiti risultati sperimentali, attribuirsi al lipoide alcool-solubile ed acetone-insolubile isolato nel 1916 da Gentili e Binaghi e da questi AA. chiamato « deciduina ».

Inglese R. (Napoli). — Parla sul *cerebellismo paramalarico* e rivendica al prof. Landolfi il metodo del mercurio come rivelatore della malaria latente.

Magliulo L. (Napoli). — *Indagini biologiche (cutireazioni, ecc.) nei paramalarici.* — Nell'Istituto Achille De Giovanni in Napoli, ha iniziato delle indagini biologiche varie, tra cui le reazioni della cute dei paramalarici con metodi diversi e con sostanze diverse (tiroidina, pituitrina, succo splenico, luetina, tubercolina, mercurio, siero di cavallo, ecc.). Le ricerche sono ancora in corso e l'O. si riserva di indicarne i risultati.

De Arcangelis U. (Napoli). — *Cardioptosi paramalarica.* — Ha osservato nell'Istituto Achille De Giovanni, Napoli, un caso classico di morbo di Rummo, in un figliuolo di malarico, senza alcun'altra ereditarietà morbosa. Trattavasi di un giovanetto dodicenne, nel quale, oltre altre stigmate di paramalaria, entità morbosa individualizzata dal prof. Landolfi, l'itto si notava al VII spazio intercostale; esisteva pulsazione epigastrica col determinismo della pulsazione del ventricolo destro, senza alcun aumento delle cavità cardiache, come si riscontrò anche radiologicamente; l'asse maggiore del cuore divenuto più orizzontale; il cuore meno mobile del normale; senza alcuna lesione nè pericardica, nè miocardica, nè alveolare.

Lauri A. (Napoli). — *Indicanuria, urobilinuria, uroeritrinuria e paramalaria.* — In tutti i casi di paramalaria presentatisi all'Istituto Achille De Giovanni l'O. ha ricercato sistematicamente l'indicano, l'urobilina e l'uroeritrina. L'indicano è aumentato frequentissime volte notevolmente; spesso riscontrasi urobilinuria quasi sempre per altro associata ad uroeritrinuria, nei bambini a preferenza che negli adulti.

Verde F. (Napoli). — *Sindromi ematologiche nella paramalaria.* — Per lo più nei paramalarici le emazie sono diminuite di numero, di resistenza, del contenuto emoglobinico. Talvolta presentano granulazioni basofile ed azzurrofile. Il valore globulare è inferiore all'unità. Esiste lieve leucopenia. La formula leucocitaria, nelle forme pure di paramalaria, è normale. L'O. si riserva di continuare le ricerche già iniziate nell'Istituto Achille De Giovanni in Napoli.

De Vita C. (Napoli). — *Reazione del Sabatini e reazione di Jmans van den Bergh nel siero di sangue dei paramalarici.* — Studia parallelamente le sue reazioni nel siero di sangue dei paramalarici, osservati nell'Istituto Achille De Giovanni in Napoli, che appaiono spesso positive, dando la preferenza alla reazione del Sabatini, che si dimostra molto sensibile.

Landolfi M., Magliulo L. e Lauri A. (Napoli). — *Ulteriore contributo alla cura del Castellino (epatoterapia) nella clorosi e nella paramalaria.* — Hanno continuato le ricerche cliniche e di laboratorio che confermano sempre più il valore della geniale cura del Castellino anche nella clorosi, quando essa viene associata alla nota cura ovaro-testicolare. Gli OO. si ripromettono di pubblicare un'estesa monografia sull'argomento con tutti i protocolli delle ricerche. Anche nella paramalaria la cura del Castellino associata ad altre cure ha dato risultati favorevoli in molti casi.

Carreras G. (Pisa). — *Sopra alcuni casi di endocardite in soggetti malarici.* — L'O. illustra alcuni casi di endocardite subacuta da streptococco insorta in soggetti malarici, e, rilevando la frequenza con la quale tale successione morbosa ricorre nei casi che egli ha potuto studiare nel periodo post-bellico, conclude ammettendo l'ipotesi che, come altre infezioni, quale il reumatismo, così la malaria possa costituire una causa predisponente all'attecchimento della infezione streptococcica che è causa del processo di endocardite.

Pesci E. (Torino). — *Alterazioni della funzione renale nel diabete mellito.* — L'O. da alcune sue ricerche eseguite ha potuto osservare che nei diabetici è frequente un'alterazione della secrezione dell'urea, con aumento della costante di Ambard. L'alterazione di funzione con molta probabilità è legata ad una alterazione anatomo-patologica di incipiente sclerosi renale e l'O. ritiene che tale disturbo renale abbia un'importanza patogenetica e prognostica, come coefficiente nella preparazione del coma, in quanto che, di fronte ad un'eccessiva e magari improvvisa introduzione di sostanze tossiche, l'emuntorio renale si palesa insufficiente e indirettamente favorisce e mantiene l'intossicazione comatogena.

Marotta R. (Napoli). — *Nuova reazione della sifilide (intradermoreazione al mercurio).* — È noto che i soggetti sani non tollerano bene i preparati mercuriali come i soggetti luetici. Da questo dogma, sancito dalla pratica, l'O. ha tratto la *intradermoreazione al mercurio* (poche gocce di bicloruro di mercurio, all'avambraccio) che dà nei sani una reazione locale e una reaz. regionale (arrossamento dell'arto, ecc.). Ciò non avviene nei luetici.

L'O. consiglia inoltre, specie nei bambini, una *reazione percutanea* (col precipitato bianco o coll'unguento mercuriale) che dà uguali risultati. Con queste reazioni si può avere talora anche la comparsa precoce dei gangli epitrocleari). L'O. le consiglia per la loro grande semplicità ed utilità nella pratica.

Amatucci Mallardo G. (Napoli). — *Contributo allo studio delle anisoritmie.* — L'O. descrive

con documentazioni radiologiche ed elettrocardiografiche un caso di polso raro in un giovane di 21 anni, da anisoritmia atrioventricolare discordante. Per le osservazioni cliniche e per i reperti diagnostici e sperimentali discute come l'anisoritmia esistente sia in dipendenza di una ipofunzione prevalente del nodo di Tawara per coronarite specifica tubercolare.

TARSITANO A. (Napoli). — *Reazione ipoglicemica da adrenalina nelle cirrosi del fegato.* — In ammalati di cirrosi del fegato, tipo Morgagni-Laënnec, tutti con abbondante ascite, l'O. ha osservato che l'iniezione sottocutanea di 1 mmgr. di adrenalina determina un netto abbassamento del tasso glicemico, invece del ben conosciuto fenomeno della iperglicemia adrenalinica. La curva dei valori glicemici, rilevati di mezz'ora in mezz'ora, ha mostrato che la glicemia talora raggiunge i valori più bassi dopo mezz'ora-2 ore per tornare dopo 3 ore a valori normali, mentre talora va progressivamente abbassandosi sì che il tasso glicemico dopo 3 ore è inferiore a quello precedente l'iniezione di adrenalina.

L'effetto paradosso sulla glicemia può forse interpretarsi ammettendo negli infermi di cirrosi del fegato studiati una scarsa reazione glicogenolitica all'adrenalina (per deficienza delle riserve glicogenetiche del fegato), con prevalenza della insulinemia provocata per via umorale dall'adrenalina; si avrebbe per conseguenza un iperinsulinismo relativo del quale sarebbero esponente le reazioni ipoglicemiche osservate.

NINNI C. e MOLINARI G. (Napoli). — *L'attenuazione dell'efficacia degli antivirus da terreni glucosati.* — Alcuni Autori hanno studiato il comportamento culturale dei germi, insemenzati in mezzi nutritizi vaccinati con o senza l'addizione di zuccheri, particolarmente del glucosio, per definire la causa dell'esaurimento dei terreni nutritivi, e tutti concordemente hanno osservato se i germi si sviluppano più rigogliosamente se ai filtrati si è preventivamente aggiunto un carboidrato fermentescibile del genere che si innesta.

Gli OO. al contrario insistono sul fatto che per la buona preparazione di antivirus efficaci occorre evitare l'aggiunta di carboidrati al materiale nutritivo ed in modo particolare l'aggiunta del glucosio.

PANSINI G. (Napoli). — *Mieloblastosi famigliare e diatesi emolitica nei consanguinei di un'inferma affetta da ittero emolitico congenito.* — L'O. ha avuto agio di compiere alcune osservazioni nei consanguinei di un'inferma affetta da una forma classica di ittero emolitico congenito ed ha potuto mettere in rilievo evidenti note di diatesi emolitica nella madre ed in una sorella dell'inferma, mentre in tutti i membri esaminati l'O. ha riscontrato un aumento della resistenza minima ed una emocitoblastosi in fase mieloblastica nel sangue circolante.

In quanto alla mieloblastosi l'O. non pensa che dipenda dalla diatesi emolitica, anche perchè tale referto mal si accorderebbe sia con le teorie di Naegeli e di Meulengracht circa la mutazione dei globuli rossi, sia con l'altra della maggiore distruzione globulare da displenia. L'O. pensa invece che possa ritenersi come espressione di una vera meiopragia midollare, un esempio forse di costituzione mieloide; il che forse, potrebbe rappresentare la vera modificazione organica costituzionale, capace cioè di evolvere per stimoli diversi verso una data sindrome ematica definita.

FRANCAVIGLIA A. (Napoli). — *Azione delle sostanze parasimpaticomimetiche sulla glicemia degli animali a fegato escluso.* — L'O. facendo seguito alle sue ricerche sull'azione della atropina e della pilocarpina sull'equilibrio glicemico, riferisce i risultati di alcuni esperimenti eseguiti nei cani con legatura del peduncolo epatico. La legatura del peduncolo epatico determina come è noto una graduale e progressiva discesa del tasso glicemico che viene nella maggior parte dei casi ritardata dalla iniezione di atropina e accelerata dalla iniezione di pilocarpina, ambedue iniettate a dosi iperglicemizzanti. Ciò costituisce una conferma alle vedute dell'O., secondo cui la pilocarpina, mentre determina un aumento della glicogenolisi epatica, produce anche aumento della fissazione di glucosio nei tessuti, e l'atropina determina iperglicemia non per aumento della glicogenolisi epatica, ma per ritardo della fissazione di glucosio nei tessuti.

CONTI F. — *L'equilibrio elettrolitico del sangue negli ammalati di fegato.* — L'O. ha cercato di indagare la maniera di reagire dell'organismo all'iniezione endovenosa di notevoli quantità di diversi elettroliti (NaCl, KCL, $CaCl^2$, $MgCl^2$), e se negli epatopazienti si svolgessero come normalmente i fenomeni di regolazione dell'equilibrio elettrolitico turbato.

L'O. ha potuto notare che negli epatici la fissazione dell'elettrolita iniettato avveniva più lentamente che nei sani, ma la turba dell'equilibrio elettrolitico non è legata a un tipo speciale di lesione epatica.

Anche gli anioni e i cationi dei sali iniettati non si comportavano sempre nello stesso modo; in alcuni casi l'aumento del tasso ematico era rilevabile sia per gli anioni che per i cationi, in altri casi era rilevabile per il solo anione in altri per il solo catione.

Infine è da rilevare che, quando simile turba esiste, essa si verifica non per uno solo, ma per tutta la serie dei sali con cui si esperimenta.

Seduta ant. del 16 ottobre (ore 10).

Presidenza: Generale Medico MASSAROTTI, proff. MARAGLIANO, CASTELLINO.

Il servizio militare e l'indirizzo costituzionalistico in biologia e patologia.

Maggiore Med. CASSINIS U. (Roma).

Conclusioni.

L'O. inizia la Relazione facendo varie considerazioni sulle misure antropometriche in uso per il giudizio di idoneità alle armi e discute l'importanza di altre misure, riguardo al concetto di robustezza o debolezza di costituzione, e dei così

detti indici di robustezza (Livi, Pignet, Quetelet, Koby, ecc.). All'empirismo e complessità della maggior parte di tali indici dimostra preferibili le 9 misure fondamentali di Viola che, con criteri scientifici, permettono di stabilire i tipi morfologici dei vari soggetti. Tipi morfologici che ormai sono ben netti nelle loro caratteristiche fisio-psicologiche e che permettono entro limiti più sicuri di considerare le capacità funzionali, fisiche e psichiche. Tuttavia nessuno studio a base morfologico costituzionale è stato finora fatto sistematicamente nell'Esercito per cui l'O. ritiene necessario premettere i risultati delle sue osservazioni prima di entrare in discussione e trarre eventuali conclusioni. Tali osservazioni furono fatte su 478 militari parte di classe anziana, parte reclute; 120 malati dei padiglioni di medicina dell'Ospedale Militare di Roma e 400 fogli di riforma.

Risultò all'O. che nelle classi anziane restano in prevalenza brachitipi e longitipi misti, mentre nelle classi nuove si trovano prevalenti i longitipi puri. Anche nel gruppo degli ammalati, tutti appartenenti alla classe anziana, trovò prevalenza accentuata di brachitipi puri e misti. I soggetti dunque a minor resistenza fisica (longitipi) si eliminano spontaneamente; quelli che restano appartengono ai minimi gradi dell'ectipia e si trovano perciò più vicini al tipo medionormale. La loro facilità ad ammalare è uguale a quella dei brachitipi almeno per quanto riguarda le comuni malattie acute. Per giungere a tali conclusioni l'O. ha compiuto anche numerose ricerche sperimentali sull'ampiezza di capacità funzionale di vari organi — nei diversi tipi — in rapporto alla resistenza al lavoro muscolare intenso delle quali fa una esposizione minuta.

Considerando che il soldato deve dedicarsi ad una vita eminentemente sportiva discute le qualità dei vari tipi morfologici per la riuscita nei diversi sports, e conclude che la notevole quantità di longitipi che entra nell'Esercito non darebbe così elevata proporzione di eliminati durante la ferma, se, riconoscendone il grado di minor resistenza, fossero allenati con criterî adatti alle loro capacità fisiche. Espone poi i criteri per le osservazioni sul carattere, sul temperamento, ecc., e le deduzioni che se ne debbono trarre in rapporto ai tipi morfologici diversi.

Tratta quindi dei metodi in uso per la visita di leva e presso i corpi e loda le attività esplicate, specie in questo anno, dal Corpo Sanitario Militare colle modificazioni apportate al nuovo libretto personale del soldato che iniziano veramente il periodo dell'indirizzo costituzionale nel senso proprio della parola. Si augura che anche gli indici di Livi e Rossi sieno adottati come mezzo sussidiario e rapido di orientamento.

Quanto ai servizi specializzati, dopo aver ricordato l'inizio del nuovo metodo di selezione introdotto per la scelta dei piloti d'areoplano che ritiene più completo ove fosse stabilito anche di determinare il tipo morfologico d'ogni soggetto, parla del metodo, introdotto quest'anno, per la scelta dei conducenti d'autoveicoli militari, e di quanto si farà per la scelta dei telegrafisti, ferrovieri, ecc. La Sanità Militare va attrezzando presso i più importanti Ospedali laboratori sufficienti a questi scopi ed in Roma ha creato un completo laboratorio di biotipologia, e, secondo i concetti dei Maestri della nostra Scuola costituzionalistica, va allargando con vedute del tutto moderne e consone ai nuovi bisogni, le applicazioni di quei metodi che, data l'organizzazione dell'Esercito, si rendono indispensabili per una adatta scelta e preparazione di masse che si rinnovano sempre.

Terminata la relazione del prof. Cassinis, il Presidente fa svolgere le:

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

M. Fiore (Genova). — *Tipo morfologico cranico e costituzione.* — L'O. ha eseguito una serie di ricerche sul tipo morfologico cranico in rapporto alle costituzioni e dall'insieme dei suoi studi ha potuto vedere che:

1) non esisterebbe rapporto fra longitipia e dolicocefalia, nè fra brachitipia e brachicefalia;

2) esiste invece netta distribuzione regionale dei due tipi cranici fondamentali;

3) la brachicefalia e la dolicocefalia coincidono invece rispettivamente con l'ipergenitalismo, e con l'iperpituitarismo.

G. Piccoli (Bologna). — *Il tipo morfologico costituzionale predominante nei predisposti al reumatismo articolare acuto.* — Da uno studio, fatto dal punto di vista costituzionale, di 200 militari che già soffersero di poliartrite reumatica, l'O. ha osservato:

1) che i longilinei sarebbero i soggetti più predisposti al reumatismo articolare acuto;

2) che, applicando la recentissima classificazione del Viola, risulta che i colpiti sono in prevalenza, rispetto al tipo normale dei microsomici;

3) che raffrontando il peso corporeo alla statura sulla base della scala del Bouchard, gli individui predisposti sono gli iponutriti, carattere del resto peculiare della loro costituzione microsplancnica.

Discussione.

V. Fici (Palermo). — Loda la relazione che, da chi conosce l'argomento difficile non può che essere apprezzata, e chiede se i valori riportati nella classificazione morfologica sono espressione delle sole misure fatte o se furono fatte anche le altre misure del metodo Viola. Osserva che il relatore è riuscito a classificare tutti gli individui esaminati mentre è noto che col metodo Viola si classifica solo una parte, l'altra, la maggiore rientra nella categoria dei « misti ».

Chiede anche se il relatore abbia cercato di classificare i soggetti col metodo di Barbàra e si meraviglia della grande quantità di normotipi riscontrati, tipi che è rarissimo trovare. Un'altra osservazione da fare è data dall'aver collocato soggetti della III comb. di De Giovanni fra i longitipi.

Gli sembrano poi incomplete le ricerche sulla simpaticostenia e vagostenia.

M. Barbàra (Genova). — Dimostra come il notevole materiale elaborato dal relatore si presti bene ad esser classificato col suo metodo, metodo che

permette di riconoscere come vi sieno dei militari che non posseggono i requisiti richiesti per l'assegnazione all'arma alla quale appartengono. Loda la relazione specie per il tentativo fatto di studiare le funzioni di alcuni organi ed apparati mettendole in rapporto al tipo morfologico e colla capacità di rendimento lavorativo di ogni soggetto.

A. FERRATA (Pavia) ricorda che ha gran valore conoscere la pressione arteriosa dei soldati per evitare che gli ipotesi sieno sottoposti a sforzi che potrebbero riuscire dannosi, e gran valore ha anche il discernere uno speciale tipo di ipoteso con polso raro, sintomo di scroscio laringeo, bruciore di stomaco, esoftalmo che deve esser preso in particolare considerazione dai medici militari. Così è per gli ipertesi essenziali.

P. CASTELLINO (Napoli) vuol richiamare l'attenzione sul valore della scuola costituzionalistica italiana specie riguardo alla priorità sugli studi della simpatico e vagoestesia. Si compiace col relatore e colla Sanità Militare per aver iniziato nell'Esercito gli studi costituzionalistici che, se saranno proseguiti, arrecheranno non dubbi frutti per la revisione dei metodi di scelta e per la migliore utilizzazione dei nostri soldati.

Risposta del Relatore.

Il R. risponde ringraziando il prof. Castellino delle parole di lode che saranno un incintivo per più e sempre meglio lavorare, assicurandolo che era stato da lui tenuto conto, nella relazione, dei meriti della scuola costituzionalistica italiana nel campo delle simpatico e vagoestesie D'altra parte, a voce, aveva anche detto che tutti i cultori di queste discipline dovrebbero, in Italia, usare il solo metodo della nostra scuola per i loro studi sui tipi morfologici e non lasciar dilagare i metodi francesi e sopratutto tedeschi basati ancora sull'empirismo.

Ai proff. Fici e Barbàra assieme risponde che ha fatto tutte le misure richieste dal metodo di Viola ma per mancanza di spazio nelle tavole ha riportato solo quelle fondamentali sufficienti a stabilire il tipo morfologico. Egli non ha inteso classificare tutti i tipi ma ha creduto utile indicare per i tipi misti il predominio della longitipia o della brachitipia che nel predominio poi dell'addome sul torace o viceversa potrebbero trovare una ragione della maggiore o minore resistenza fisica e robustezza. Così ha fatto per i tipi normali dei quali i puri sono 7 soltanto e non gli sembrano molti su quasi 500 individui.

Per mancanza di tempo non ha potuto applicare anche la classificazione del Barbàra, ma lo farà in altro studio che sta svolgendo.

Fa sopratutto presente che ha tentato servirsi della classificazione morfologica più per studiare la distribuzione dei soggetti deboli e robusti nell'Esercito e per vedere se è possibile anche presso i Corpi utilizzare tutto o parte del metodo antropometrico morfologico — come il nuovo libretto personale del soldato impone — per studiare i caratteri costituzionali fondamentali di ogni soggetto così per l'attività militare in genere come per l'applicazione alle specialità.

Di certo vi è ancora molto da fare prima di arrivare a conclusioni definitive. Ringrazia gli oratori per le osservazioni fatte e ripete che la Sanità Militare ha fatto suo il detto di Leonardo « quelli che si innamorano di pratica senza scienza sono come il nocchiere che entra in naviglio senza timone e bussola che mai ha certezza dove si vada ».

* * *

Sede del prossimo Congresso è stata scelta Bari.

I temi posti all'Ordine del giorno sono:

1° *Diabete mellito.*

2° *Le modalità di origine e di evoluzione clinica della tbc.* (proff. Gamna e Omodei Zorini).

3° *Pancreatiti acute e croniche* (in comune con la Società di Chirurgia).

A. POZZI.

Il resoconto della Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia è stato redatto in collaborazione con il dott. Valdoni.

IX Congresso della Società Italiana di Urologia.

15-16 ottobre 1930-VIII.

Nella mattina del 15 ottobre 1930-VIII fu inaugurato il 9° Congresso della Società Italiana di Urologia, presieduto dal chiaro prof. G. LASIO di Milano. Parteciparono a tale riunione molti soci italiani, tra i quali furono notati, oltre gli oratori delle comunicazioni, i proff. Tandoia, L. Bonanome, Bruni, Gardini, Tardo, Gortan, Lilla, Ascarelli, De Gironcoli, Pavone, Nicolich, e stranieri: Lichtenberg, Thevenot, Stutzin, Sas e tanti altri.

Il prof. A. Busi rappresentava la Facoltà di Medicina, della quale è preside.

Siedevano al banco della presidenza il prof. G. Lasio, presidente; i proff. P. Marogna e A. Bonanome, vice presidenti; i due consiglieri: proff. G. V. Tardo e C. Ravasini; il prof. E. Mingazzini, segretario; i dottori R. Sabatucci, cassiere, e C. Taralli, vice-segretario.

Nelle quattro sedute furono eletti varii soci ordinari italiani e vari corrispondenti ed onorari stranieri. Tra i primi i signori Sas, Stutzin, Chauvet, Bachrach, Hryntschach, Stobbaert, Haslinger; tra i secondi: La Peña e Illyes. Venendo a scadere il Comitato permanente, fu proceduto alla sua elezione. Risultarono nominati: presidente: prof. G. BRUNI; vice-presidenti: proff. RAIMOLDI e LILLA; consiglieri: proff. DE GIRONCOLI e CHIAUDANO; segretario: prof. E. MINGAZZINI; cassiere: prof. R. SABATUCCI; vice-segretario-cassiere: dott. C. TARALLI

A tema di relazione per il prossimo Congresso fu scelto: *Le malattie del collo vescicale (escluse le affezioni della prostata).* Sede: Bari.

Dopo tali preliminari di rito il prof. RAVASINI di Trieste ha riferito sul tema di relazione: *La pielografia discendente.* L'interessante argomento è stato trattato in modo stringato e convincente: con tale nuova scoperta, è permesso di studiare l'anatomia e la funzione dei reni e della vescica,

introducendo il mezzo di contrasto per via endovenosa.

Seguirono altre comunicazioni sullo stesso argomento ed affini che occuparono il pomeriggio del 15 e tutto il 16 ottobre.

La pielografia

Prof. Carlo Ravasini (Trieste).

Accenna brevemente alla tecnica, alle indicazioni e all'interpretazione dei risultati della pielografia ascendente, che sono argomenti ormai noti e per quanto possibile risolti. Rileva solo che con la scoperta di sali organici di iodio innocui per l'organismo (Uroselectan, Abrodil) anche la tecnica della pielografia ascendente ha subito un notevole vantaggio, essendosi eliminati così quelli inconvenienti sia locali sia, in certi casi, generali, che erano dovuti al mezzo di contrasto adoperato (bromuri, ioduri).

La pielografia ascendente però oltre a essere un procedimento noioso per il paziente e talvolta anche doloroso, non può in certi casi venir eseguita, o la sua esecuzione è molto difficile per ragioni anatomiche o patologiche delle vie orinarie che rendono impossibile l'introduzione del cistoscopio o in genere l'introduzione del mezzo opaco nelle vie orinarie superiori.

È naturale perciò che si sia tentato di ovviare agli inconvenienti e alle limitazioni alle quali sottostà questo mezzo d'indagine col cercare una sostanza opaca ai raggi X, che introdotta nell'organismo per via extravescicale, venisse eliminata dai reni in modo da rendere opaco l'albero urinario.

Dopo i primi tentativi del v. Lichtenberg che risalgono al 1905 questo argomento venne ripreso appena nel 1924 per merito di Autori americani, ma la sua soluzione è conquista affatto recente ed è dovuta alla scoperta dell'Uroselectan, al qual prodotto s'è aggiunto recentissimamente l'Abrodil; sostanze queste che si sono ormai dimostrate perfettamente adatte allo scopo per il quale sono state proposte. Le manifestazioni che seguono talora all'iniezione endovenose dell'Uroselectan (sul quale esclusivamente si basa l'esperienza dell'oratore) sono forse tutte imputabili all'introduzione rapida nel circolo sanguigno di una grande quantità di soluzione ipertonica, piuttosto che a un'azione specifica del preparato: esse diminuiscono infatti e sono pressochè nulle curando che l'iniezione sia lenta o riducendo la dose prescritta dalla Casa.

Una eliminazione alla pielografia endovenosa con l'Uroselectan è stata soltanto dai casi di grave insufficienza renale specialmente se accompagnata anche a una insufficiente funzionalità epatica.

In generale per una prova di pielografia endovenosa sono sufficienti tre assunzioni radiografiche eseguite a 15 45 e 1 ora e 15' dalla fine dell'iniezione.

Con una prova di pielografia endovenosa noi possiamo orientarci sia su quelle che sono le condizioni anatomiche delle vie orinarie, sia facendo un confronto fra il comportamento dell'eliminazione del mezzo opaco fra una metà e l'altra del sistema urinario, anche su quelle che sono le condizioni funzionali dei due reni. La prima e l'ultima radiografia ci serviranno per l'esame della funzionalità, mentre la seconda, che dovrebbe colpire le vie orinarie nel momento in cui la concentrazione del mezzo opaco ha raggiunto il suo massimo, ci servirà per lo studio anatomico del sistema.

L'immagine urografica noi la otterremo in casi di funzionalità renale buona già dopo pochi minuti dalla fine dell'iniezione. Potremo vedere allora l'immagine del parenchima renale, dei calici, della pelvi e dell'uretere: già dopo 20 minuti compare sulla lamina l'ombra della vescica. Reni normali dopo un'ora e mezza hanno eliminato gran parte della sostanza opaca e perciò appaiono da questo momento incompletamente. Durante questo periodo l'intensità dell'immagine pielografica che dopo 20 minuti circa ha raggiunto il suo massimo, rimane presso a poco uguale. Il momento della scomparsa del nefrogramma e del pielogramma, la sua intensità ed ampiezza non è sempre uguale da entrambi i lati, pur trattandosi di reni normali. In generale però un ritardo della comparsa dell'ombra pielografica da un lato, la sua minor intensità ed eventuali difetti di riempimento sono indice di alterazioni patologiche. Va notato che nel giudizio della funzionalità renale ha più valore il momento dell'apparizione dell'ombra del rene e del bacinetto, inteso in limiti non tanto ristretti, che la densità della stessa

Nei riguardi delle immagini della pelvi e degli ureteri normali è da notarsi che si possono avere variazioni molto grandi negli aspetti morfologici a seconda che noi avremo colpito l'organo o parte dell'organo in un momento di riposo (diastole) o in un momento di attività peristaltica (sistole).

Può succedere che l'immagine delle vie urinarie non appaia affatto sulla lamina radiografica d'ambo i lati. Ciò si potrà osservare in prima linea nei reni ipostenurici, nelle lesioni di natura glomerulare in genere, e inoltre i reni sani con poliuria di origine nervosa o per disturbi endocrini, ecc.

Quando invece si ottiene l'immagine da un lato, mentre questa non apparisce dall'altro, si dovrà pensare che ci si trova di fronte o a un rene unico o ciò succederà per assoluta mancanza di parenchima funzionante.

Qualora esiste un impedimento al deflusso dell'orina, l'immagine radiologica della pelvi e dell'uretere si presenterà più facilmente e con maggior chiarezza (in gravidanza p. e. in cui esiste una stasi e la funzionalità renale è perfettamente conservata si ottengono delle magnifiche immagini). La sua intensità starà in rapporto con la capacità funzionale dell'organo in stasi e con la gravità dell'ostacolato deflusso.

Siccome ogni stasi favorisce la comparsa dell'immagine radiologica, noi potremo giudicare la funzione renale dal tempo trascorso dal momento dell'iniezione fino all'apparizione dell'ombra e non dall'intensità dell'ombra radiologica e dalla durata della stessa. Per evitare perciò che causa il fattore stasi ci venga simulato da un lato una migliore funzionalità renale di quello che in realtà non sia, sarà consigliabile di eseguire la prima posa uno o due minuti dopo finita l'iniezione.

Una pielografia endovenosa è in grado (ben s'intende in casi di riuscita) di fornirci con lo studio comparativo della comparsa dell'ombra utili indicazioni sul lato in cui risiede o è più estesa la lesione funzionale, paragonabili e in certi casi superiori a quelle forniteci dalla prova dell'indacocarminio, che in generale si può dire si comporta parallelamente, eccezion fatta per alcuni casi di tubercolosi renale in cui il comportamento fra le due prove è risultato anche nell'esperienza personale del relatore contrastante.

Un paragone fra pielografia discendente e pielografia ascendente non è naturalmente possibile, perchè troppo differenti sono i principi sui quali si fondano i due esami.

Con la pielografia retrograda infatti noi introduciamo nella pelvi un liquido che contiene una elevata quantità di mezzo di contrasto ed otteniamo un'immagine molto marcata della pelvi e degli ureteri. Il pielogramma ottenuto per via discendente non può invece mai avere quella intensità d'ombra che si ottiene con la pielografia retrograda. La pielografia retrograda si presterà perciò meglio quando si dovranno giudicare lievi alterazioni o si dovranno stabilire piccoli difetti d'ombra. Essa darà migliori risultati in pazienti molto grassi ed in ispecie in quei casi nei quali un marcato meteorismo (che è talora l'ostacolo maggiore per la buona riuscita di una prova discendente) difficilmente eliminabile renderà impossibile di vedere il debole pielogramma ottenuto con i metodi discendenti. Ma l'ombra che si ottiene con il metodo endovenoso, almeno per quanto riguarda quello con l'Uroselectan, è nella maggioranza dei casi sufficiente per dare quelle indicazioni che al caso si richiede e possiamo spesso senza altri ausili ottenere delle indicazioni nette per un atto operativo, fondandoci oltre che sul reperto anatomico anche su quello funzionale, che è parte essenziale dei metodi discendenti. La nefrografia inoltre che nella pielografia retrograda ha valore solo in quanto è in grado di farci vedere lesioni anatomiche evidenti nei metodi discendenti con il suo comportamento (momento della scomparsa, differenze regionali dell'ombra, o mancanza assoluta della stessa), diverso da caso a caso, sarà in grado molto spesso di fornirci preziose indicazioni diagnostiche.

Un vantaggio rappresentato dei metodi discendenti consiste nel fatto che il riempimento delle cavità che così si ottiene è conforme al riempimento fisiologico delle vie orinarie e sono eliminati tutti quei fattori, insiti ai metodi ascendenti, che possono alterare la forma della pelvi, dei calici e degli ureteri.

Se le immagini ottenute per via discendente sono inferiori per intensità e per ricchezza di dettagli rispetto a quelle ottenute per via retrograda, noi potremo, quando il caso lo richiederà, migliorare queste condizioni di inferiorità del primo metodo mettendoci artificialmente in quelle condizioni che sappiamo favorire un ristagno di orina nelle vie superiori e saremo così in grado sia di migliorare le immagini precedentemente ottenute, sia di ottenere appena allora un immagine (Lenarduzzi e Olfer).

È naturale che in queste condizioni l'interpretazione della funzionalità renale dovrà essere fatta prima perchè altrimenti perderemo un elemento prezioso ai fini della diagnosi. Alla provocazione artificiale della stasi si ricorrerà perciò soltanto in un secondo tempo, dopo aver eseguito cioè la prima posa.

Senza voler esagerare il valore del metodo discendente si può dire sin d'ora, che esso ci può offrire un orientamento generale sulle condizioni anatomiche e funzionali delle affezioni delle vie orinarie. Noi abbiamo in esso un'arma indispensabile in tutti quei casi, nei quali una pielografia retrograda è impossibile o controindicata. Sarà cómpito dell'urologo naturalmente il giudicare caso per caso, in quanto i vecchi metodi dovranno ancora essere adoperati da soli o potranno esser vantaggiosamente sostituiti o completati da esso per arrivare così ad una diagnosi conclusiva con il minor danno per il paziente.

In molti casi il metodo discendente sarà sufficiente da solo per stabilire la sede o la maggior estensione del processo morboso e porre assieme agli esami accessori (determinazione della sostanza eliminata, comportamento della diuresi, ecc.), che sono parte integrante di una prova di pielografia discendente, l'indicazione all'intervento. Non va però dimenticato che la pielografia discendente è un esame di interpretazione difficile ed infido. Esso avrà valore solamente se accompagnato ad una lunga esperienza nella clinica delle vie orinarie e a una larga pratica pielografica.

Le possibili cause d'errore sono altrettanto numerose per il metodo discendente di quello che esse non lo sieno per quello ascendente.

La pielografia discendente non può naturalmente sostituire la vecchia pielografia retrograda, ma è un importantissimo completamento dei nostri mezzi d'indagine urologica. In molti casi dovremo ricorrere necessariamente alla pielografia discendente per poter fare un esame radiologico delle vie orinarie e precisamente in tutti quei casi in cui la pielografia retrograda sarà controindicata, difficile o addirittura impossibile.

Tutti i casi invece, nei quali per cattiva funzionalità renale una raffigurazione radiografica non può avvenire col metodo endovenoso restano di dominio della pielografia ascendente. Così pure per tutti quei casi in cui per stabilire una diagnosi precisa dovremo disporre di un pielogramma disteso e a contorni e risalti ben marcati trova la loro indicazione la pielografia strumentale.

* * *

Al termine della sua relazione il prof. C. RAVASINI illustra alcuni casi di malattie delle vie orinarie trattati con la pielografia endovenosa, scegliendoli fra i tanti studiati che per una ragione o per l'altra offrivano un certo interesse e dimostra infine una ricca serie di radiogrammi.

* * *

Dopo la brillante relazione del prof. C. RAVASINI, il PRESIDENTE concesse la parola al socio corrispondente:

Prof. THEVENOT (Lione) sull'*Idronefrosi traumatica*, nella quale — reperto notevole — non si riempì di contrasto « endovenoso » la tasca pelvica dilatata benchè la cistoscopia indicasse nettamente una chiusura dell'uretere affetto.

Alesio (Torino). — *Saggi di urografia nei bambini.* — Nei bambini l'impiego dell'urografia endovenosa risolve un problema la cui applicazione riusciva impossibile dapprima.

L'O. ha studiato le dosi (calcolato ad 1/2000 circa del peso corporeo del bambino) e la quantità di solvente necessaria. Nei bambini non si ottengono che imagini segmentarie, data la velocità di eliminazione: se ne ottengono migliori con la compressione degli ureteri.

Ascoli R. (Milano). — *Contributo clinico e sperimentale allo studio della pielografia discendente mediante Uroselectan.* — In base a 100 casi personali, l'O. conclude come l'optimum di eliminazione dell'uroselectan coincida 1 1/2 ore, dopo l'introduzione contrariamente a quanto sostengono Ravasini e altri.

Fondandosi su metodi personali per la determinazione %. dell'uroselectan nell'urina, e nel sangue, ritiene anche come sia opportuna la somministrazione di liquido prima della prova.

Bonanome (Roma). — *Pielografia endovenosa.* — Anche per l'O. l'uroselectan rappresenta una conquista dell'urologia: tuttavia vi sono dei casi nei quali esso non dà risultati attendibili, e altri, la cui interpretazione radiografica riesce malagevole. Queste riserve si allargano quando si tratta di sostituire l'U. a tutte le altre indagini sulla funzionalità renale.

D'Agnolo (Trieste). — *La pielografia endovenosa nella tubercolosi renale.* — Riporta l'O. la sua esperienza sulla tubercolosi renale, mettendo a confronto i risultati delle prove radiografiche con quelli dell'indigo carminio, e giustificandone i risultati discordanti per la differente sede di eliminazione dal glomerulo dell'uroselectan, dell'epitelio tubulare dell'indigo.

De Gironcoli (Venezia). — *Pielografia endovenosa e funzionalità renale.* — La comunicazione vuol esser una nota preventiva e porta solo dei confronti tra i risultati dell'Uroselectan con la prova del Volhard e il coefficente funzionale di Boeminghaus, riservandosi con un ulteriore contributo di giungere a conclusioni definitive.

Gortan (Trieste). — *Prime esperienze sulla pielografia endovenosa col nuovo preparato « Abrodil ».* — Venti grammi di questo nuovo preparato riescono sufficienti per ottenere eccellenti radiogrammi, che raggiungono la stessa intensità di quelli forniti dall'Uroselectan. La indicazione dei due preparati, come si può desumere dalle film presentate, si sovrappongono esattamente nei 2 casi.

Lilla (Livorno). — *La pielografia endovenosa.* Anche gli attinogrammi dell'O. confermano l'utilità del metodo specie nelle anomalie urinarie. Occorre però esser cauti nelle conclusioni dedotte da questo nuovo metodo di indagini che non deve andar disgiunto da tutti gli altri abituali, anche nei casi normali oltre che in quelli patologici.

Nisio (Bari). — *Sull'urografia con l'Uroselectan.* — Con il contributo dell'O., viene confermata l'avvertenza di esser cauti nell'uso dell'Uroselectan nei bambini. È vero che il suo impiego qualche volta rivela affezioni che altrimenti non avrebbero potuto esser messe in evidenza, ma nei bambini l'eliminazione è irregolare ed in certi casi fonte talora di errori.

Osselladore (Padova). — *Studio sperimentale sulla tossicità dell'uroselectan dopo legatura uni o bilaterale degli ureteri.* — L'O. ha studiato quali effetti l'uroselectan avrebbe potuto avere in istato di insufficienza renale. La conclusione ne è stata che esso è perfettamente innocuo. Un reperto interessante accessorio è emesso durante le esperienze. Le iniezioni ipertoniche di cloruro di sodio sembrano influire favorevolmente sullo stato di intossicazione creato dalla soppressione improvvisa della funzione renale.

Ravasini G. (Trieste). — *L'esame della funzione renale con l'uroselectan.* — Dal paragone dei risultati forniti dall'uroselectan con gli altri esami abituali della funzione renale, risulta come alcuni dati propri del primo sono perfettamente identici con quelli degli altri da tempo usati.

Velo (Padova). — *La pielografia endovenosa nell'esperienze della Clinica chirurgica di Padova.* — Il contributo dell'O. è notevole, in quanto che si riflette su 60 casi di individui affetti o sospetti di lesioni delle vie urinarie. L'esperienza dell'O., gli permette di concludere come l'uroselectan abbia non solo un avvenire per la pielografia endovenosa, ma che debba rappresentare il mezzo di contrasto ideale per quella retrograda.

* * *

Intervengono, dopo le comunicazioni suaccennate nella discussione, sul tema di relazione:

Fasiani (Padova). — Per ovviare a qualcuno degli inconvenienti offerti dalla troppo rapida eliminazione dell'uroselectan l'O. ha proposto e studiato vari artifizi atti ad ostacolare lo svuotamento del bacinetto. Essi sono l'uso di determinati farmaci, posizioni speciali del paziente. Per distinguere poi le ombre renali da quelle intestinali, l'O. pensa che sia opportuno servirsi di lastre stereoscopiche.

Lichtenberg (Berlino). — Interviene con la sua autorevole parola nel dibattito: egli stesso non sa per quale ragione l'ur. non dia nei bambini dei reperti soddisfacenti: probabilmente per il meteorismo tanto difficile a combattersi o all'eliminazione della sostanza da parte del fegato: del resto è d'accordo con i colleghi Bonanome ed Ascoli R.

Pavone (Palermo). — Anche l'O. si è interessato di ottenere un'imagine totale contemporanea del bacinetto e dell'uretere, i quali si alternano nel loro svuotamento. Egli riempe la vescica di liquido ed esercita su di essa una compressione, insufflando d'aria un palloncino introdotto nel retto.

Ravasini. — Risponde ringraziando tutti i colleghi della loro amabilità e per l'interesse preso

all'argomento del quale egli è stato relatore. In genere egli è anche d'accordo con tutti; solo dissente da Ascoli R. quando questi afferma che la poliuria favorisce la intensità delle imagini; avendo egli constatato l'effetto opposto.

* * *

Esaurito l'argomento « Uroselectan » si susseguirono altre comunicazioni su argomenti vari.

PAVONE (Palermo). — *Il dolore nelle affezioni renali.* — L'O. partendo dalla considerazione che il dolore renale è dovuto all'irritazione delle terminazioni simpatiche che provengono dai nervi renali, ha sottoposto ad una acuta disamina i vari metodi proposti: enervazione alla Papin, simpaticotomia periarteriosa (Leriche), simpaticolisi chimica (Pavone), resezione del XII dorsale e I lombare (Kappis), ramisezione del simpatico corrispondente (Pieri e Broglio). L'O. giunge alla conclusione che il suo metodo per la semplicità a tradursi in atto e per gli effetti terapeutici raggiunti, sia il preferibile anche perchè il ripristino delle fibre lisizzate impedisce tutti quegli effetti dannosi che non si possono evitare con gli altri metodi.

CHIAUDANO (Torino). — *Grandi ematurie di origine pelvica.* — Vengono riferiti due casi, assai interessanti, nei quali l'intensa ematuria nettamente monolaterale indusse tutte e due le volte ad una nefrectomia. Le alterazioni erano limitate solamente alla pelvi. Nel primo dei casi fu riscontrata una placca leucoplasica e una semplice placca di infiltrato linfocitario nell'altro. Tali forme di iperplasia di noduli linfatici rimangono rare sebbene già descritte da vari autori.

Discussione.

MAROGNA (Sassari). — Ritiene che l'ematuria sia legata più all'infiammazione cronica e consecutiva neoformazione di follicoli e vasi che non alla iperplasia dei follicoli linfatici constatati.

PERRUCCI (Bologna). — Anche l'O. ha osservato due casi di grave ematuria di origine pielica: nel primo di essi fu necessario ricorrere alla nefrectomia, nell'altro fu sufficiente il lavaggio del bacinetto con Hemostil.

CHIAUDANO risponde: come sia d'avviso che i follicoli linfatici, la cui presenza nei reni normali umani è controversa, non possa esser la causa dell'ematuria. Ricorda ancora come l'esame batteriologico nei suoi casi risultasse negativo.

VALDONI (Roma). — *Le alterazioni della funzione renale nelle lesioni unilaterali del rene.* — L'O. attira l'attenzione su alcuni evidenti stati di ipofunzione che si manifestano nel rene sano in presenza dell'adelfo malato. Le prove abituali usate per saggiare lo stato funzionale del rene, dimostrano, dopo l'intervento demolitore dell'organo malato, come la funzione diminuita durante la malattia possa di poi ritornare normale.

Discussione.

TARDO (Palermo). — Domanda se durante l'esame praticato con l'indico-carminio, la diuresi fosse scarsa o abbondante, in quanto che è risaputo che eliminazione ritardata e diuresi scarsa non hanno valore se non si presentano in un tempo determinato, non inferiore alla mezz'ora.

VALDONI. — Risponde come lo stato di deficienza funzionale fosse stato rivelato da più prove.

BONANOME (Roma). — *Piuria renale bilaterale asettica.* — Benchè ogni indagine batteriologica eseguita sia per germi aerobi che anaerobi fosse risultata negativa, l'O. ritiene che la causa di una piuria renale bilaterale osservata, fosse dovuta ad un germe, sfuggito a tutte le suddette ricerche.

Discussione.

MAROGNA. — Si associa all'opinione dell'O. definendo tali piurie come dovute ad agenti non dimostrabili.

LILLA (Livorno). — È d'avviso come occorra esser assai guardinghi nell'ammettere tali forme. Egli stesso di fronte ad un caso simile, praticò una lombotomia esplorativa, sospettando trattarsi di una tbc. Il rene tuttavia sembrò normale e fu lasciato stare. Si formò tuttavia una fistola che non si chiuse e che costrinse ad una nefrectomia, la quale a distanza di poche settimane dal primo intervento dimostrò l'esistenza di numerosi noduli tubercolari disseminati in tutto il parenchima.

BONANOME. — Risponde che è d'accordo col prof. Marogna.

PAVONE (Palermo). — *Valore dell'albumosuria nelle affezioni delle vie urinarie.* — Studiati i vari corpi albuminoidei che si trovano nelle urine, l'O. riporta i risultati di alcune sue ricerche sulle albumosi praticate in 40 individui affetti da varie affezioni dell'apparato urinario. La presenza di tale sostanza nelle urine è rara e non è caratteristica di alcuna affezione; la sua ricerca quindi non ha alcun valore pratico.

DE GIRONCOLI (Venezia). — *Estirpazione totale della vescica e sostituzione della stessa con ansa intestinale.* — In un caso di epitelioma della vescica l'O. praticò la cistectomia ed impiantò con successo gli ureteri in un'ansa esclusa, secondo Makkas.

Discussione.

CASSUTO (Roma). — Ritiene preferibile far precedere alla cistectomia una doppia pielotomia.

SABATUCCI (Roma). — Chiede dettagli circa la sutura degli ureteri poichè la tecnica abituale difficilmente garantisce della pericolosa stenosi.

Bruni (Napoli). — Purtroppo gli esiti lontani della cistectomia non sono dei più brillanti. Bisogna scegliere i meno pericolosi. L'O. quindi ritiene preferibile abboccare gli ureteri alla cute dell'addome.

Perrucci (Bologna). — Si associa alle vedute di Bruni e riferisce di una signora che affetta da tubercolosi renale andava soggetta a terribili dolori vescicali. Per escludere la vescica, fu innestato l'uretere alla cute. In questo stato le sofferenze si mitigarono di molto e la paziente potè vivere ancora tre anni.

Nisio (Bari). — *La cistite incrostata.* — Dall'esperienza desunta da due casi occorsigli, l'O. ritiene che la cura della cistite incrostata debba esser rappresentata dal raschiamento della vescica a cielo scoperto seguito da un prolungato drenaggio ipogastrico.

Discussione.

Lilla (Livorno). — Desidera sapere il reperto istologico dei casi, in quanto che la cistite incrostata è rara, mentre è frequente la presenza di incrostazioni su cistite ghiandolare o cistica.

Tardo (Palermo). — Si associa alle vedute di Nisio in quanto che la sua esperienza si sovrappone a quella del collega.

Nisio. — Risponde ringraziando del contributo i colleghi e ritiene come anche in assenza del preparato istologico sia difficile confondere le incrostazioni con le placche di cistite incrostata.

Ascoli M. (Roma). — *Cistiti ulcerose non tubercolari.* — Insiste l'O. sulla necessità di portare ancora dei contributi sulle cistiti ulcerose, poichè esse possono facilmente esser scambiate con le tubercolari, quando invece possono guarire benissimo con lavaggi di nitrato di argento. Egli stesso ne ha osservato ultimamente un caso.

Discussione.

Perrucci (Bologna). — L'O. ebbe campo di osservare una cistite ulcerosa tanto grave da esser ritenuta come l'espressione di un carcinoma e tanto avanzata da richiedere l'anestesia epidurale per consentirne l'ispezione endoscopica. Con un trattamento appropriato la malata guarì.

Sas O. (Budapest). — *Contributo alla patogenesi, patologia e terapia della cistite emorragica.* — Contrariamente alle antiche opinioni, l'O. ha potuto convincersi, che molte cistiti apparentemente primitive sono in realtà secondarie ad altre affezioni dell'albero urinario o di organi contigui. Non solo, ma mentre la cistite da coli è secondaria o ad una malattia delle vie urinarie superiori o più di rado degli organi genitali, la causa delle altre cistiti apparentemente primitive è in genere un'infezione da cocchi banali. Spesso l'infezione è monomicrobica: il coli si trova nelle cistiti croniche, i cocchi invece non solo in quelle acute spontanee, ma anche in quelle a decorso prolungato e recidivante. Ma è anche notevole il fatto che queste cistiti da cocchi, si accompagnano spesso a ematurie, terminali di solito, e sono a sede diffusa.

Per curare queste cistiti da cocchi comuni, sulle quali si impianta e prevale qualche volta il coli, bisogna acidificare fortemente l'urina, mediante somministrazione di acido cloridrico diluito e dieta acida, urotropina. Nelle forme emorragiche la vescica dev'essere lavata con H_2O_2 diluita e soluzione di sali di argento. Nei casi ribelli di cistiti da cocchi, è bene favorire o addirittura provocare la trasformazione di esse in un'infezione da coli sulla quale i nostri mezzi possono meglio spiegare una loro azione terapeutica.

Terra Abrami G. (Firenze). — *Contributo allo studio e al trattamento del diverticolo della vescica.* — L'O. ritiene che i diverticoli vescicali non debbano esser necessariamente congeniti: basta una causa occasionale che ostacoli il deflusso normale dell'urina e che forzi i punti a deficiente sviluppo muscolare. In un suo caso operato per via extravescicale ed extraperitoneale, si trattava di un giovane di 34 a. sofferente da tempo di cistite, prostatite cronica e vescicolite d. L'intervento condusse a guarigione il paziente.

Melanotte C. (Torino). — *Reazioni vescicali tardive a legature in seta contigue.* — L'O. ha potuto osservare e curare con successo tre casi di reazione infiammatoria, con esito in ascesso, svoltesi intorno a dei punti di seta messi 10 anni prima per la cura di un'ernia inguinale. Tali episodi avevano provocato una netta sintomatologia vescicale che scomparve dopo l'incisione dell'ascesso.

Discussione.

Bruni. — Benchè non sia raro osservare di tali casi, l'O. ritiene unico il caso di Melanotte, per la grande distanza di tempo, con cui si presentarono le complicanze vescicali.

Velo C. A. (Padova). — *La ricerca del residuo vescicale nei prostatici con la iniezione endovenosa di Uroselectan.* — Per evitare la possibilità di complicanze nel cateterismo di prostatici con urine asettiche, l'O. propone lo studio del residuo per mezzo dell'iniezione endovenosa di Uroselectan. Da tempo egli usa tale procedimento le cui modalità si imagina facilmente e se ne trova contento.

Lilla P. (Livorno). — Non condivide l'idea del collega Velo: primo perchè il timore di siringare i prostatici, anche con urine asettiche, gli sembra esagerato, e poi perchè il radiogramma non ci dà la misura esatta del residuo, cifra determinante o meno l'intervento.

Bruni. — Vorrebbe riservata tale proposta ai mielitici con disturbi urinari, nei quali il cateterismo può riuscire pericoloso, ma non negli altri malati; nei quali esso può dare risposta a parecchie domande.

Velo. — Risponde che pur apprezzando le obbiezioni mosseglì, preferisce seguire la pratica proposta nei limiti del possibile.

ALESIO C. (Torino). — *Osservazioni operatorie sulla rottura dell'uretra membranosa per traumi indiretti.* — In un caso di rottura dell'uretra membranosa senza concomitante frattura delle ossa del bacino, non fu possibile procedere alla sutura dei due capi rotti, ma si dovè limitarsi ad un semplice ravvicinamento delle parti molli vicine. L'O. per spiegare il meccanismo patogenetico di tale reperto pensa che esso debba così esser riassunto: spostamento delle ossa pubiche, stiramento del diaframma urogenitale, azione antagonista dei muscoli retto-uretrali, rottura dell'uretra.

TARDO G. V. (Palermo). — *Trattamento delle uretriti croniche gonococciche con gli autofiltrati polivalenti.* — In nove soggetti affetti da uretrite cronica e sui quali avevano fallito i più diversi sistemi di cura, l'O. ha sperimentato con successo gli autofiltrati polivalenti. Tale risultato così brillante si dovrebbe riferire alla modificazione del terreno, nel quale è annidato il germe, provocato appunto dall'autofiltrato.

Discussione.

LILLA (Livorno). — Pur rallegrandosi degli eccellenti risultati ottenuti dal collega, pensa che nelle uretriti croniche, non si debba tralasciare la cura meccanica. Poichè le lesioni anatomiche delle uretriti inveterate prevalgono alla fine su quelle batteriologiche.

SABATUCCI R. (Roma). — Chiede notizia su dettagli tecnici sia nei riguardi dell'allestimento che dei terreni adoperati per le culture degli autofiltrati.

CHIAUDANO (Torino). — Raccomanda oltre la cura praticata dal Tardo, l'indagine dello stato della prostata e vescicole, onde escludere affezioni a carico di questi organi.

TARDO, risponde: che in fondo bisogna arrendersi ai fatti constatati e come gli autofiltrati raggiungano la guarigione da soli, almeno nei casi osservati da lui. L'azione di tali prodotti è di indole verosimilmente biologica, diversa quindi da quella offerta dai comuni medicamenti.

LOZZI V. (Roma). — *Sull'ematuria nei restringimenti uretrali.* — In tre casi di restringimenti uretrali, l'O. ha osservato delle ematurie imponenti che cedettero solo al cateterismo vescicale. La cistoscopia praticata poco dopo dimostrò l'origine vescicale di tali ematurie, legate a fenomeni congestivi.

FILIPPA C. (Roma). — *Le lesioni della funzionalità epatica nei prostatici.* — L'O. insiste sulla necessità di studiare la funzionalità epatica nei prostatici ritenzionisti. Tali ricerche debbono esser eseguite per avere un indice alla operabilità e della resistenza dell'individuo da sottoporsi all'intervento. Tali le conclusioni basate sullo studio di 24 prostatici ritenzionisti e sulle ricerche sperimentali.

Discussione.

LILLA. — Le ricerche sulla funzionalità epatica nei prostatici, sono assai importanti e dovrebbero esser eseguite sempre: forse così si potrebbero evitare alcuni casi di insuccesso nei quali la morte del paziente sembrava potersi escludere, dato l'ottimo risultato delle prove abituali.

CHIAUDANO. — Anche l'O. accenna all'importanza di tali ricerche, poichè son noti i rapporti funzionali tra rene e fegato.

CILENTO M. (Napoli). — *Eosinofilia negli stati di ritenzione urinaria.* — Dalle ricerche cliniche e sperimentali dell'O., sembra che nei malati di prostata l'eosinofilia più o meno costante sia dovuta alla stasi urinaria e allo stato di deficiente funzione renale, specie per la congestione. Nei cani la legatura di un uretere induce dapprima ad un aumento di cellule a protoplasma diffusamente eosinofilo e dopo 2 mesi circa a cellule con nette granulazioni eosinofile.

* * *

Il prof. J. STUTZIN di Berlino ha presentato con premesse teoriche e ha proiettato poi un suo film personale dal titolo « cinemascopia ». Si tratta di un'invenzione davvero singolare: dopo molti anni di ricerche e tre anni di tentativi l'O. è riuscito a costruire un cistoscopio, la cui illuminazione consente la presa cinematografica della vescica, sia allo stato di riposo che durante i suoi movimenti. Così sono stati proiettati esempi di vescica normale e a colonne, ureteri doppi, cisti dell'estremo inferiore dell'uretere, papillomi e loro elettrocoagulazione. Le imagini sono chiare e dimostrative: l'apparecchio ha certo un avvenire, poichè le sue applicazioni sono state trasportate, come fu dimostrato da un'altra film, anche nel campo delle affezioni toraciche, e via dicendo.

E. MINGAZZINI.

XIX Congresso Stomatologico Italiano.

Il XIX Congresso Stomatologico Italiano, promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana, ha avuto luogo a Venezia dal 15 al 21 settembre 1930, con largo intervento di colleghi italiani e stranieri per la contemporanea assemblea di soci dell'« Association Stomatologique Internationale » quale preparazione del futuro Congresso Stomatologico Internazionale (Budapest, settembre 1931). L'inaugurazione avvenne nella sala Napoleonica del Palazzo Reale con le autorità rappresentanti il Governo, la città di Venezia, il Sindacato Medico, l'Ordine dei Medici. Le sedute furono tenute nell'Ospedale Civile contemporaneamente ad una bene organizzata esposizione storica e di materiale tecnico e scientifico relativo alla specialità odontoiatrica.

Al Congresso furono svolte tre relazioni. La prima, esposta dal prof. CIESZYNSKI, dell'Università di Lwów, Polonia, sulla *Tecnica delle iniezioni alla 3ª e alla 2ª branca del trigemino a scopo ane-*

stetico e nella cura della nevralgia di questo nervo colle iniezioni di alcool, fu illustrata da 40 proiezioni e da una film cinematografica. Il relatore sostenne che per ottenere il successo con le iniezioni profonde al forame ovale, al ganglio di Gasser e al forame rotondo, necessitano tre condizioni: che la testa del paziente si trovi in una posizione costante, che la direzione dell'ago sia orientata secondo il sistema dei tre piani e che il percorso dell'ago sia conosciuto.

La relazione svolta dal prof. BERETTA di Bologna riguardava *Le basi scientifiche e pratiche dell'amputazione della polpa*. Il metodo deve considerarsi di valore scientifico, almeno quanto quello classico dell'estirpazione, nel caso in cui esista una condizione di sterilità necessaria al fine di favorire il processo di riparazione biologica, il che si avvera specialmente quando si fa subire alla polpa vivente l'azione necrosante e sterilizzante dell'arsenico.

Il prof. PALAZZI di Pavia riferì sul tema: *Mete raggiunte e controllo biologico nella moderna terapia radicolare*, illustrando istologicamente ed esponendo roentgenograficamente le possibilità raggiungibili con una logica terapia delle radici, controllata biologicamente.

Delle 128 comunicazioni presentate, 63 erano di stranieri, e ben 200 furono gli stranieri accorsi a Venezia ad attestare l'alta considerazione con cui vien tenuta all'estero la classe stomatologica italiana, ormai all'avanguardia nel mondo per la provvida e definitiva legge fascista che ha voluto ammettere l'odontoiatria fra le specialità medico-chirurgiche ed ha imposto l'insegnamento di questa materia durante il *curriculum* di Medicina e Chirurgia nelle Università.

La legge italiana viene presa di norma dagli stomatologi stranieri. Al banchetto sociale, tenutosi all'Albergo Excelsior al Lido, i colleghi rappresentanti dell'America, del Belgio, della Francia, della Germania, dell'Olanda, della Polonia, del Portogallo e della Svizzera, auspicarono che la via tracciata dal nostro paese nel campo stomatologico fosse ben presto seguita da tutte le nazioni. Il dott. ASGIS di New York, in una comunicazione al Congresso, parlò delle difficoltà che s'incontrano perchè la Scuola Stomatologica o Biomedica possa riuscire vittoriosa sulla Scuola Dentaria autonoma o Scuola Biomeccanica: ragioni d'interesse specialmente. Le due scuole si differenziano nei limiti e nella concezione scientifica. Nei limiti: perchè obbietto della Scuola Biomeccanica è la considerazione dell'unità « dente », mentre per la Biomedica è l'unità « bocca ». Nella concezione scientifica: perchè la prima è basata su concetti di scienza tecnica e di altre scienze, la seconda sulla medicina scientifica. La prima considera la « pratica odontoiatrica » come un tipo di professione a sè, non analoga ad altri tipi di pratica medica specializzata, la seconda la considera come una suddivisione della pratica medico-chirurgica.

Analogamente, il dott. MAYER di Amsterdam, in base a 7 anni di cure in un Istituto Medico per medici fondato nella sua città, riducendo al massimo le estrazioni e le cure radicolari (con che venne di conseguenza diminuita la protesi e la pratica delle capsule d'oro e dei denti a perno), potè dimostrare al Congresso che l'Odontoiatria, esercitata su base medica, cioè la Stomatologia, può conservare i denti senza ricorrere affatto alla protesi.

La grande differenziazione della nuova specialità stomatologica consisterà nel fatto che essa, al corrente dell'eziologia delle lesioni, potrà stabilire una tecnica ragionata per trattarle, e soprattutto potrà valersi di metodi medici per arrestarle nella loro evoluzione ed anche per prevenirle.

I congressisti poterono assistere a sedute operatorie con il sen. prof. GIORDANO e col prof. CHIASSERINI nei loro reparti chirurgici presso l'Ospedale Civile.

Furono inviati telegrammi di omaggio a S. M. il Re e a S. E. Mussolini e fu stabilito che il prossimo Congresso Nazionale abbia luogo nel 1932 a Cagliari per dare agio agli Italiani di poter intervenire l'anno venturo al Congresso Internazionale Stomatologico di Budapest.

Il giornale «La Stomatologia», organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana, pubblicherà le relazioni e tutte le comunicazioni presentate al Congresso di Venezia.

A. PIPERNO.

IX Congresso di Medicina del Lavoro.

(Roma, 16-17 ottobre 1930).

Riunione non affollata come i Congressi di Medicina e Chirurgia, ma più intima, quasi familiare. Attorno al prof. L. Devoto (alla cui fede ardente e lungimirante si deve lo sviluppo, in Italia, di questa importante branca della medicina che ora, con l'allargarsi dei concetti della medicina sociale, sta prendendo più largo respiro) una schiera di antichi e nuovi discepoli e di maestri, che ora sono riuniti anche materialmente nella Società di Medicina del Lavoro, fondata lo scorso anno in Napoli. Partecipavano alle sedute i proff. L. Ferrannini, L. Carozzi, del Bureau international du travail di Ginevra, N. Castellino, G. Loriga, A. Ranelletti, Quarelli, Preti, Diez, Prosperi ed altri delle Ferrovie di Stato, P. D'Alessandria, Ajello, Giannini, Nebuloni, ecc. oltre a molti giovani, specialmente della Scuola napoletana. Assisterono alla seduta inaugurale il prof. Zeri (nell'aula del quale si tennero le sedute), il sen. prof. Giordano, i proff. Bilancioni, P. Castellino, l'on. Morelli, il dott. Tommasi-Crudeli della Sanità pubblica, il gen. Ferrero di Cavallerleone, e molti altri.

Tema unico del Congresso, sul quale si svolsero anche le comunicazioni, la *Patologia da polveri*. Tema essenzialmente moderno che, come ha fatto rilevare il prof. DEVOTO nel discorso inaugurale, non è limitato ai soli lavoratori, ma investe anche tutti gli abitanti delle città e che è quindi di grande portata sociale.

I tre relatori hanno svolto il tema sotto diversi aspetti, in modo da darne un'idea esatta e completa.

Il prof. S. CACCURI ha trattato *l'eziologia e la patogenesi delle malattie respiratorie da polveri* ricordando, fra l'altro, il valido contributo degli italiani su questo argomento. Definisce il concetto di malattia da polvere, comprendente tutte

le affezioni morbose a carico delle varie parti dell'apparato respiratorio dovute all'inalazione di polveri strettamente collegate al lavoro a cui il paziente è adibito e riserva quello di pneumoconiosi ai soli casi di fibrosi polmonari dovute alle polveri.

Classifica le polveri in due gruppi: 1) ad azione meccanica e 2) ad azione chimica e si addentra nello studio delle diverse lavorazioni polverose e sugli effetti di queste sull'apparato respiratorio. Interessante è il meccanismo di azione, diverso a seconda delle varie polveri e determinato da fattori meccanici, chimici, biologici. Largamente e completamente studiate sono le cellule da polveri, di cui si ammette la funzione istiocitaria e che sono considerate come parte del sistema reticolo-endoteliale.

Accenna all'asma bronchiale da polveri ed alle complicazioni delle malattie polmonari da polveri, mettendo, da ultimo, in rilievo l'importanza della costituzione individuale nell'insorgenza di malattie da polveri.

Sull'anatomia patologica e sulla clinica delle malattie respiratorie da polveri ha riferito il prof. E. COPPA, descrivendo le affezioni delle prime vie aeree, quelle della trachea e dei bronchi, e quelle del parenchima polmonare, della pleura e delle ghiandole, dopo avere dato alcuni cenni di fisiopatologia.

In riguardo alle pneumopatie croniche, egli le divide in due gruppi: 1) quelle determinate da polveri ad azione nettamente locale, meccanico-chimica e 2) quelle determinate da polveri ad azione umorale (anafilattica) squisitamente qualitativa. Vi si aggiungono le associazioni della tubercolosi con le pneumopatie da polveri e le pneumoconiosi.

Appartengono al primo gruppo la silicosi e l'antracosi polmonare, oltre all'asbestosi, la calicosi, ecc. Trattasi essenzialmente di pneumopatie croniche in cui la sintomatologia è sostanzialmente identica per qualsiasi tipo di polvere, con tosse ostinata, dispnea, scarsezza di sintomi fisici, stato generale abbastanza buono.

Il secondo gruppo comprende essenzialmente i noti tipi di asma anafilattico. Accenna poi all'associazione delle pneumopatie da polveri con la tubercolosi e le micosi, nonchè con i neoplasmi.

In complesso, i problemi clinici che si presentano in questi casi sono i seguenti:

a) riconoscimento dell'affezione polmonare all'esame clinico.

b) identificazione eziologica della malattia e, quindi, diagnosi differenziale con le affezioni che possono più frequentemente e più facilmente simularle; la tubercolosi innanzi tutto e, molto meno frequentemente, la micosi, la lue polmonare, i tumori.

c) diagnosi differenziale fra una forma di polmone da polvere pura ed una forma associata a tubercolosi o ad altra più rara affezione.

Indubbiamente importante per la diagnosi, oltre alla ricerca anamnestica è l'indagine radiologica, la quale però deve essere valutata soltanto in rapporto con l'esame clinico.

Ed appunto sull'esame delle *pneumopatie da polvere sotto l'aspetto radiologico* ha riferito il dott. M. SGAMBATI mostrando una ricca serie di radiografie (altre ne espose il prof. CAROZZI), a proposito delle quali si accese una vivace ed interessante discussione, obbiettandosi che aspetti identici a quelli mostrati come tipici per il polmone da polveri si trovano anche in altre forme cliniche. Il che, naturalmente, ci porta a concludere che la radiologia, se pure è un valido sussidio, non è sufficiente da sola per stabilire la diagnosi di pneumopatie da polveri.

Interessanti anche le diverse comunicazioni; fra cui citiamo: quella del prof. DEVOTO sui *climi ed acque minerali nella profilassi e cura delle pneumoconiosi*, a proposito della quale l'O. ha informato della prossima apertura della filiale della Clinica del Lavoro di Milano, in Salice per la cura delle malattie da lavoro; quella del dott. GALLICO sulle *affezioni respiratorie dei lavoratori della tartaruga*, del prof. L. FERRANNINI sulla *patologia dei lavoratori dello zolfo* (a proposito, perchè si dà a tale malattia il nome di theapneumoconiosi, anzichè di tiopneumoconiosi?), del prof. QUARELLI sulla *colesterinemia nell'asbestosi*, del dott. SANCHIRICO sulle *affezioni respiratorie dei cementisti*, della dott.a SORRENTINI su *casi di calicosi studiati anatomo-patologicamente*, della avv. PONTECORVO-PERTICI Presidente dell'Unione nazionale delle donne lavoratrici e di parecchi altri.

All'ultima seduta del Congresso intervenne S. E. Alfieri in rappresentanza del Ministro delle Corporazioni che portò ai Congressisti il saluto augurale e la calda parola incoraggiatrice. Da ultimo, il prof. RANELLETTI espose lo stato dell'insegnamento della medicina del lavoro in Italia ed il programma del Corso di specializzazione in medicina del lavoro che si terrà nel 1930-32 a Roma. Vennero poi presentati diversi temi per il Congresso da tenersi a Milano nel 1932.

FILIPPINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Un nuovo concetto della nutrizione.

La conoscenza degli alimenti è lungi dall'essere completa. Ci sono componenti degli alimenti di cui poco sappiamo la funzione, per esempio dell'arsenico, del fluoro, del silicio, dello zolfo, del boro e del cobalto. Probabilmente queste sostanze hanno solo funzione stabilizzatrice o catalizzatrice. Anche incompleta è la conoscenza delle vitamine. Inoltre gli alimenti provenienti da varie regioni presentano delle differenze di composizione chimica. Nonostante tutto ciò i medici continuano a parlare di dieta bilanciata come se si trattasse di una realtà scientifica.

Questa dieta bilanciata è composta di latte, frutta, un cereale, verdure e forse anche una qualità di carne. Nel latte, oltre i soliti elementi noti a tutti, si trovano varie sostanze che devono avere una certa importanza, ma che finora sono state trascurate dagli studiosi e precisamente iodio, ferro, manganese e rame. Forse uno studio completo di queste sostanze nel latte potrebbe spiegare perchè nei lattanti si ha così spesso un tasso emoglobinico e un metabolismo bassi.

William Weston (*The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.* 20 settembre 1930) ha esaminato centinaia di campioni di vegetali provenienti da varie parti degli Stati Uniti. Egli, in collaborazione con Mc Clendon, ha trovato una notevole differenza nel contenuto minerale di vegetali provenienti dalle varie regioni ed ha notato che le foglie verdi sono la sorgente più importante di vitamine e di elementi minerali. Interessante l'osservazione che nelle regioni dove c'è alta frequenza di gozzo i vegetali contengono scarsissima quantità di iodio.

Per quanto riguarda la carne, gli AA. hanno potuto stabilire che gli organi interni sono sorgente migliore di vitamine e sali minerali. della carne dei muscoli. Il beneficio che si ritrae dalla carne muscolosa è quello di dare maggiori varietà di aminoacidi. Le ostriche contengono notevole quantità di sostanze minerali e per questo forse possono essere sostituite al fegato nella cura delle anemie.

I pediatri sanno che ci sono dei bambini che pur presentando uno sviluppo somatico normale sono psichicamente più tardivi di altri ed hanno un'anemia alimentare. Partendo dal concetto che il manganese associato al rame ha importanza notevole nella formazione dell'emoglobina, si alimentarono lattanti anemici con spinaci ridotti a polvere finissima e in quantità variabile da mezzo a un cucchiaino da thè da aggiungersi alla dieta lattea. In tutti i casi il miglioramento fu netto e in qualche caso il tasso emoglobinico aumentò in modo spettacoloso. In alcuni casi questa modificazione nell'alimentazione si fece nella dieta della madre lattante e si ebbero risultati buoni tanto nella madre che nel figlio.

Le carote e le lattughe hanno efficacia superiore a quella degli spinaci probabilmente perchè sorgente più abbondante di iodio, manganese, ferro e rame.

Gli AA. si propongono di studiare l'importanza che queste sostanze hanno se somministrate alla donna gravida per tutta la durata della gestazione. R. LUSENA.

CASISTICA.

La coxite gonococcica.

Secondo quanto ha osservato M. Lamy (Gauthier-Villars, ed., Paris, 1930) la coxite gonococcica è più frequente di quello che si crede; egli, di fatto, ne ha raccolto 11 casi personali e basa il suo studio su 180 casi.

Si tratta di un'artrite grave dell'anca che deve essere riconosciuta precocemente se si vogliono evitare conseguenze gravi; sembra più frequente nella donna che nell'uomo; l'A., a tale proposito, fa rilevare che le artriti del puerperio sono di origine blenorragica.

Possono aversi diverse forme; ma quella osteo-articolare è la più frequente; l'articolazione si altera rapidamente e la sua distruzione completa non è rara. Si possono avere lussazioni patologiche e sfondamento del cotile con protrusione. Nei casi dell'A. si sono avute sei lussazioni su 11 artriti.

Alla radiografia, le lesioni rivestono l'aspetto, della lussazione congenita dell'anca nel bambino, e, nell'adulto, quello del cotile a doppio fondo, con sublussazione. Tenuto conto dei dati raccolti, l'A. si domanda se il gonococco non sia all'origine di molte lussazioni dell'anca dette congenite, di molte *coxae varae*, di artriti deformanti e croniche dell'età adulta, del *morbus coxae senilis*.

La prognosi è piuttosto grave. Su 18 casi seguìti per 2 anni, si sono avuti: 1 morto per setticemia, 11 lussazioni patologiche, 3 guarigioni senza anchilosi e 3 attitudini viziose con flessione dell'arto.

Bisogna fare la diagnosi precocemente e ricercare il gonococco, sia nell'anamnesi, sia nel liquido articolare, sia facendo una biopsia articolare. Tali ricerche non sono alla portata del medico pratico il quale, in presenza di questa malattia, farà l'estensione continua associata o non all'immobilizzazione gessata. I fenomeni dolorosi allora cessano e la lussazione patologica può essere evitata. Possono essere anche usati, come ausilio, il siero ed il vaccino antigonococcico. *fil.*

Micosi ossea primitiva da "Sporotricum Carougeani„ Langeron.

A. ed R. Sartory, M. e J. Meyer (*Bull. Ac. Med.*, 15 luglio 1930) riferiscono il caso di una donna di 38 anni, la quale accusava intensi dolori ad un ginocchio da circa due anni.

Un intervento fatto in tale epoca, e restato senza risultato, aveva fatto diagnosticare un probabile mieloplasso benigno.

All'esame obbiettivo la paz. presentava gonfiore diffuso del ginocchio, con fluttuazione sensibile; la pressione era dolorosa; la deambulazione possibile. La radiografia mostra una grande caverna nella porzione superiore della tibia; una puntura esplorativa ha dato un magma gelatinoso misto a sangue.

Con tale sostanza si sono fatte le ricerche biologiche, per stabilire la natura della lesione. L'inoculazione sottocutanea e peritoneale alle cavie fu negativa.

Le culture a $+27°$ svilupparono un organismo criptogamico. Si decise l'intervento, e dal materiale asportato si allestirono strisci, preparati istologici, culture.

Tutti questi esami misero in evidenza un organismo con i seguenti caratteri: filamenti micellari rampanti, di dimensioni irregolari, larghi 2,50-3 μ, divisi in setti e presentando qua e là ampolle di diametro più grande, spesso chiuse all'estremo e riempite di protoplasma.

Da tutti i caratteri botanici presentati ed osservati si desume che questi organismi appartengono al genere *Sporotricum*, e per i loro caratteri biologici e biochimici essi sono da attribuire al genere *Sporotricum Link sensu stricto*, ed identificabile con lo *Sporotricum Carougeani* Langeron.

Questo fungo sembrò dunque essere l'agente patogeno d'una osteite primitiva a carattere sarcomatoso, che retrocedette con un trattamento declorurato e iodato. CARUSI.

Reumatismo e piede piatto. Il piede piatto reumatico.

Le flogosi reumatiche delle parti molli dell'estremità inferiore possono provocare una insufficienza e secondariamente un abbassamento della convessità del piede, con formazione secondaria di un piede piatto statico.

Le flogosi reumatiche dell'articolazione del piede generano poi facilmente un piede piatto reumatico, e la conoscenza di tale fatto è necessaria, secondo A. Saxl (*Wiener Klin. Woch.*, n. 34, 21 agosto 1930) per differenziarlo dal semplice piede piatto flogistico, e per istituire una terapia appropriata.

L'indirizzo terapeutico si comporterà, in questi casi, a seconda del predominare del componente reumatico o di quello statico dell'affezione, vale a dire prevarranno le indicazioni della malattia o quelle ortopediche.

M. FABERI.

Fragilità e deficente guarigione dell'osso nella poliomielite.

Da uno studio di H. Tumpeer e R. W. Nealy (*Journ. A. M. A.*, 5 luglio 1930) risulta che l'atrofia ossea nella poliomielite non è distinguibile da quella secondaria a non uso.

Nelle ossa così atrofizzate si producono facilmente delle fratture, seguite da formazione di callo. Questo, tuttavia, non rappresenta che una fragile ricostituzione, per il fatto che lo stimolo funzionale, in rapporto agli esiti dell'infezione poliomielitica, è assente.

M. FABERI.

TERAPIA.

Terapia di alcune affezioni delle dita.

F. Mandl (*Die Therapie an den Wiener Kliniken*, Deituke ed. Vienna-Lipsia, 1930) dà in proposito i seguenti consigli.

Patereccio. Nella forma cutanea, le vescichette purulente si trovano fra lo strato germinativo e quello corneo; esse vengono aperte mediante forbici o pinzette al margine, fra parte sana e malata e svuotate. La superficie viene coperta con garza spalmata di unguento all'acido borico ed il dito messo in riposo.

Nel patereccio *sottocutaneo*, si fa un'incisione sotto anestesia locale, andando da parte sana a parte sana, evitando le parti di cute poste sopra le guaine tendinee. Introduzione nella cavità di uno stuello di garza umido allo jodoformio, da lasciare per 1-2 giorni. Se, dopo tale tempo, la suppurazione è cessata, applicazione di unguenti, altrimenti, nuovo stuello. Dopo l'incisione si fa una medicatura ad umido e si mette il dito in assoluta quiete mediante stecche.

Nel patereccio *tendineo*, non si fa l'incisione nella linea mediana, sul tendine, ma si fanno due incisioni lateralmente alla falange malata. Per eseguire bene l'operazione è necessario un assistente, il quale, con un piccolo divaricatore, tenga aperta la ferita in modo che si possa vedere bene la guaina tendinea; in qualche caso, anche questa va aperta, ciò che si fa mediante un taglio laterale.

Nelle suppurazioni gravi ed estese, le due ferite laterali vengono congiunte trasversalmente in basso mediante un drenaggio che vi si caccia sotto; evitare di mettere stuelli in alto! Se il patereccio tendineo occupa più di una falange, l'incisione si fa di corrispondente lunghezza (anestesia locale).

Non raramente i paterecci tendinei del I e V dito danno il flemmone del cavo della mano.

Il patereccio *osseo* colpisce per lo più la falangetta. Incisione (anestesia locale) nella linea mediana, volare, oppure incisione a bocca di pesce sul polpastrello, parallelamente al margine ungueale. Liberare l'ossicino malato ed asportarlo con un cucchiaio tagliente; medicatura con garza allo jodoformio umida, medicazione umida, stecche.

Nel patereccio *articolare*, incisione d'ambo i lati dell'articolazione, iniezione di soluzione di Chlumsky, nel cavo articolare (1). Immobilizzazione. A processo finito, bagni caldi ed esercizi.

Paronichia del letto ungueale. Introduzione di una sonda nel letto ungueale, tanto profondamente da fare uscire il pus. Nella piccola cavità, introdurre un strisciolina di carta asciugante arrotolata ed imbevuta di soluzione di sublimato, allo scopo di impedire che la cavità si richiuda. Medicatura umida, stecca. Cambiamento della medicatura dopo 3 giorni; eventualmente, nuova strisciolina di carta al sublimato, oppure piccolo stuello di garza. Nel trattamento successivo, unguento grigio.

fil.

Nelle intertrigini di origine micotica.

Dubreuil consiglia spennellature con:

Tintura di jodio fresca	g. 10
Alcool a 80°	g. 90

Oppure ungere con la seguente pomata:

Acido salicilico	g. 1
Acido benzoico	g. 2
Sugna	g. 30

MEDICINA SOCIALE.

Recenti trasformazioni delle Assicurazioni sociali in Germania.

P. Specklin (*Presse méd.*, 3 sett. 1930) mette in rilievo che i medici tedeschi, fin qui ossequienti alle Assicurazioni sociali, hanno gettato recentemente un grido d'allarme, riconoscendo che, con la socializzazione e la funzionarizzazione totale della medicina, si è arrivati alla fine della libera professione. Le recenti trasformazioni delle assicurazioni dimostrarono la verità di tale asserto.

Preoccupato della necessità di ristaurare le finanze delle « Casse », oberate dai crescenti abusi e dallo sperpero amministrativo inerente al sistema, il governo aveva nominato una Commissione di studio. Esso tendeva a realizzare delle economie dell'assicurazione-malattia per poter colmare l'enorme deficit nell'assicurazione contro la disoccupazione, pur senza aumentare le quote, con la speranza di arrivare ad una radicale riforma delle assicurazioni sociali che si sono dimostrate di un aggravio eccessivo.

La Commissione, *senza nemmeno consultare il corpo medico*, è arrivata a conclusioni (che verranno certamente adottate), per cui il costo dell'Assicurazione viene ad essere ridotto a metà, realizzando il guadagno a scapito del medico. In base a tali proposte, le Casse sono autorizzate a sostituire le prestazioni in natura (ospedale, cure mediche, medicine) con un sussidio quotidiano « *a forfait* ». Tale decisione è particolarmente dannosa in Germania, dove i soci delle Casse sono così abituati ad abusare del medico gratuito che certamente non possono rassegnarsi a chiamarlo in caso di bisogno ed a compensarlo degnamente, quando si vedano costretti a sostenere la spesa.

Il decreto-legge impone, è vero, le spese mediche e farmaceutiche all'assicurato, ma l'importo non va nelle mani del medico, bensì viene versato alla Cassa. Un'altra disposizione del nuovo regolamento si è che qualunque prescrizione medica ed anche la giustificazione di ogni trattamento medico è sottoposta preventivamente al parere dei medici di controllo della Cassa. Questa, poi è libera di affidare i trattamenti specializzati ai medici-funzionari che ha a sua disposizione. Il numero dei medici, inoltre, è fissato proporzionalmente al numero degli assicurati.

Attualmente, la situazione è questa che l'assicurato, fra il medico libero che egli deve compensare, sia pure parzialmente e quello funzionario gratuito, non esita affatto; ricorre al primo per ottenere un responso ben ponderato di un caso grave e poi va a farsi curare gratuitamente dal secondo. Egli tende così a ricuperare le forti quote che, col datore di lavoro, è obbligato a versare per l'assicurazione.

Il sistema viene ora ritornando alla sua base, cioè alla medicina a contratto fisso ed al medico funzionario. Soltanto questo sarà forse capace di restringere gli abusi degli assicurati ed opporsi ad essi, mentre il medico libero arrischia tutta la sua esistenza professionale tentando tale opposizione. Le Casse tedesche ritornano a tale sistema, dopo avere riconosciuto gli inconvenienti del medico-funzionario per la maggior parte del lavoro medico, dopo avere consentita la libera scelta e rilevati gli abusi che questa comporta. Ed, attendendo questo ritorno in addietro, si rinforza il « controllo » medico. Forse non è, come ritiene Specklin, la liquidazione di tutto il sistema delle assicurazioni sociali, ma certamente il grave imbarazzo in cui si trovano queste ora in Germania, deve indurre a considerare seriamente le condizioni di esistenza delle assicurazioni-malattie prima di iniziare un movimento in questo senso. Anche l'esempio della Francia con la sua legge recente non è tale da invogliare ad applicazioni di tal fatta. *fil.*

(1) *La soluzione di Chlumsky è così composta: Acido fenico liquido* 30, *Canfora* 60, *Alcool* 10.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. E. P. da B.:

L'*elettrocoagulazione* è metodo ormai largamente esteso nel campo chirurgico.

Le indicazioni per le forme emorroidarie sono però limitate a casi speciali in cui è possibile l'elettrocoagulazione di singoli noduli

non grandi nè che hanno modificato le condizioni della mucosa.

In ogni modo moltissimi sono i chirurghi che possiedono l'apparecchio per elettrocoagulazione e che praticano largamente il metodo ad es. nei papillomi vescicali. E. MILANI.

Tintura per capelli. — Al dott. E. P. da V.:

Una tintura in nero non irritante è la seguente:

Succo spremuto della corteccia di mallo verde di noce: parti 10.

Alcool a 60°: parti 90.

lasciare a contatto per dieci giorni e poi filtrare.

Con questa tintura si frizionano i capelli dopo averli lavati con una soluzione di carbonato di potassio al 2-5 % V. MONTESANO.

Nella risposta al quesito riflettente l'*orticaria* pubblicata nel fasc. 43, p. 1579, leggere: cloridrato di pilocarpina (1 cgr.).

VARIA.

Gloria scentifica italiana rivendicata dal sen. Queirolo.

Un giornale medico francese che si occupa di medicina storica, *La Chronique Médicale*, ha dedicato una rubrica ai precursori di Pasteur: nessuno di quelli ricordati ebbe la intuizione del metodo di vaccinazione preventiva della rabbia quale ebbe, chiarissima, mezzo secolo prima di Pasteur, il dott. Eusebio Valli di Casciana (Pisa).

Il giornale francese non ha ricordato (certamente poichè ne ignora la esistenza) questo grande pisano.

Il sen. Queirolo ha voluto rivendicare sul giornale francese il merito di Eusebio Valli che deve, a buon diritto, considerarsi come l'inventore del metodo di vaccinazione antirabbica.

Ecco quanto ha scritto il sen. Queirolo inviandolo allo stesso giornale francese:

« Il dott. Dupuy nell'ultimo numero de *La Chronique médicale* (1° ottobre 1930) rievoca quale precursore di Pasteur, un dott. Lebeau, inventore di un ignoto trattamento preservativo dalla rabbia.

« Permetta *La Chronique médicale* che io rievochi un vero precursore di Pasteur, che oltre mezzo secolo prima del grande francese, concepì un metodo di prevenzione della rabbia, e lo applicò all'uomo, ed ebbe chiara la intuizione del meccanismo del trattamento preventivo, perfettamente analoga a quella che, poi, condusse Pasteur alla sua scoperta, cioè la introduzione del « virus » della rabbia attenuato, nell'organismo dei soggetti morsicati da cani rabbiosi.

« È il dott. Eusebio Valli, nato a Casciana (Pisa), di famiglia di Ponsacco, nel 1775 e morto nel 1816. Al suo nome, a perenne omaggio, io intitolai l'istituto antirabbico da me istituito e annesso alla Clinica medica della R. Università di Pisa.

« Il dottore Eusebio Valli, uomo di prodigioso ingegno e di fervida attività, che corse il mondo da Costantinopoli a Rio Janeiro per studiare la peste, la febbre gialla (della quale morì) partì dal concetto, e lo scrisse oltre cento anni fa, che l'uomo può abituarsi all'azione dei « miasmi » come si abitua a quella dei veleni e che la attenuazione del « virus » poteva ottenersi, oltrechè con l'abitudine, anche mettendo a contatto il materiale virulento delle malattie da combattere con vari agenti chimici.

« Se la scoperta del principio di attenuazione artificiale del « virus », come mezzo da conferire la immunità, è gloria massima di Pasteur, questa scoperta, spinta all'ultimo suo limite, è contenuta nell'opera dell'oscuro ed eroico medico di Pisa: ma i tempi non erano maturi perchè il seme desse i suoi frutti!

« Il materiale virulento, adoperato dal Valli fu la saliva, quello del Pasteur il tessuto nervoso: sopra questi materiali Valli e Pasteur hanno fatto agire rispettivamente gli agenti attenuanti: il Valli, al principio del 1800, usò il succo gastrico, la cui efficacia un secolo dopo ebbe la autorevole sanzione del Centanni e del Vyrsykovysky.

« Eusebio Valli ebbe così profonda, chiara e sicura la convinzione dell'azione attenuatrice del succo gastrico sul « virus » della rabbia e della sua efficacia vaccinatrice, che arditamente inoculò la saliva del cane idrofobo così trattata nell'uomo morsicato.

« Comunicai — lasciò scritto il Valli — i risultati delle mie esperienze agli ispettori di Sanità di Parigi, ma non ebbi risposta.

« Io trascrivo scrupolosamente le parole lasciate scritte dal Valli oltre un secolo fa:

« Essendo a Livorno io detti la rabbia a più animali mediante l'innesto della saliva presa da un cane idrofobo: nessuno degli animali inoculati con la saliva corretta col succo gastrico delle rane divenne rabbioso: io ho medicato con questo solo mezzo il figlio della vedova Rosselmini di Pisa e la serva di casa, ambedue morsicati da un cane da caccia furioso di rabbia: col succo gastrico ho reso ugualmente nulla l'azione del veleno della vipera ».

« Questo coraggioso e sapiente medico pisano, in epoca scientificamente più evoluta sarebbe asceso al fastigio della gloria; ma la immaturità dei tempi lo costrinse a brancolare in quelle tenebre che più tardi doveva diradare il genio di Pasteur.

« Ma nella stessa luce, che Eusebio Valli ha portato nella dottrina alcuni metodi immunitari, rifulgerà per sempre il suo nome ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXV. - Concorsi - Preferenze.

Uno dei concorrenti era orfano di guerra; l'altro era invalido. Il Podestà nominò il primo, che era stato graduato in ordine inferiore, e dichiarò che questa scelta era determinata dalla considerazione di benemerenze patriottiche e dalla condizione di orfano del concorrente preferito.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 16 maggio 1930 n. 272, ha dichiarato illegittimo il provvedimento del Podestà. Questa risoluzione ci sembra corretta. L'articolo 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, ha stabilito una graduatoria delle preferenze, attribuendo, a parità di merito, il primo posto agli invalidi di guerra, il secondo ai feriti in combattimento, il terzo agli orfani ed ai figli degli invalidi di guerra. Questo ordine è imperativo e le relative disposizioni devono essere osservate dalle amministrazioni locali per effetto dell'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073.

Ha osservato il Consiglio di Stato che « il provvedimento non può essere sorretto dalla discrezionalità della scelta perchè, invece di indicare le circostanze che militavano a favore del dott. Mazzoni, il Podestà avrebbe dovuto esporre quelle che eventualmente avessero sconsigliato la nomina — doverosa e sotto ogni riguardo obbiettiva — dell'invalido di guerra ».

È da notare che era stato presentato reclamo al Prefetto, il quale aveva risposto che, essendo stato il concorrente invalido già nominato al posto di medico in altro Comune « aveva consumato il privilegio riconosciutogli dalla legge nè poteva risorgere il diritto di lui perchè egli si era spontaneamente messo in stato di disoccupazione rassegnando le dimissioni ».

Il primo motivo indicato dal Prefetto era manifestamente errato, perchè la legge stabilisce una causa di preferenza, la quale permane potenzialmente e non si esaurisce per effetto dell'attuazione che ne sia stata fatta in rapporto ad un dato concorso, se si verifica successivamente il presupposto di essa. L'altro motivo, concernente la dimissione volontaria, e la conseguente disoccupazione non necessaria può, in certi casi, essere apprezzabile. È stato già riconosciuto dal Consiglio di Stato, con varie decisioni, e anche in adunanza generale, che, se il minorato di guerra abbia in atto una occupazione conveniente, egli deve essere giudicato, agli effetti di un nuovo eventuale concorso, secondo le norme comuni, venendo meno il presupposto del beneficio concessogli dalla legge per assicurare una occupazione ai minorati di guerra. Se l'ufficio occupato al tempo del concorso o poco prima è stato abbandonato e l'invalido si è creata, per libera determinazione e senza giusta causa, una condizione di disoccupazione, si può ritenere che egli non abbia titolo all'applicazione della norma di favore. Ma, nel caso deciso dal Consiglio di Stato con la sentenza sopra indicata, l'invalido « aveva constatato di non poter disimpegnare i doveri della sua missione sanitaria perchè, date le impervie strade di montagna, la minorazione della vista gli impediva di prestare la sua assistenza, nelle ore serali e notturne ».

Ciò posto, il Consiglio di Stato ha osservato che se l'invalido, per la coscienza di questa impossibilità, aveva rassegnato le dimissioni « non può certo dirsi che gli fosse ve« nuta meno la ragione di avvalersi del patro« cinio delle provvide leggi, per essersi posto « spontaneamente in stato di disoccupazione « di fronte ad una condotta di un Comune di « pianura, compatibile invece con le sue con« dizioni fisiche ».

A questo proposito sono da ricordare le decisioni della V Sezione 9 aprile 1926 n. 42 e 28 dicembre 1926 n. 470, dalle quali risultano questi criteri: se più siano i medici condotti di un Comune, almeno un posto spetta agli invalidi; l'invalido disoccupato, se dichiarato idoneo, ha diritto in massima ad essere nominato a preferenza di qualsiasi altro eleggibile, anche se graduato in ordine inferiore; è da riconoscere eccezionalmente la facoltà del Comune di non nominare l'invalido qualora sussistano gravi ragioni, indipendenti dal giudizio tecnico della Commissione, le quali devono essere esplicitamente precisate.

XXVI. - Concorsi, limiti di età - Ex combattenti.

L'età massima stabilita per l'ammissione ai concorsi di nomina al primo grado di ogni carriera è elevata di cinque anni per *coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra* (art. 42 R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, esteso agli enti locali dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073). È necessario che il servizio sia stato prestato in zona di operazioni? Il dubbio non ha base. Tuttavia si è fatta questione; ma il Consiglio di Stato, Sez. V, con decisione 31 maggio 1930 numero 342, ha correttamente considerato che la legge non richiede la condizione di *combattente*, cioè di un servizio prestato in zona di operazioni presso reparti operanti o presso comandi mobilitati inferiori, sino a quello di brigata compreso (R. D. 28 gennaio 1923 numero 153, art. 3). È sufficiente, invece, che il concorrente abbia prestato servizio *militare* durante la guerra.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

L'assistenza sanitaria dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Nel corso di quest'anno l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha iniziato il suo programma di assistenza sanitaria ai propri assicurati, ottenendo per essi facilitazioni e notevoli ribassi sulle tariffe di cura nelle Regie Terme di Acqui, Salsomaggiore, Chianciano, Acque Albule di Tivoli e Agnano di Napoli.

Proseguendo nello svolgimento del programma ha recentemente deliberato di concedere ogni 2 anni un buono gratuito di visita medica agli assicurati lasciando ad essi la libera scelta del medico.

A tal uopo l'Istituto ha stipulato una convenzione per il Sindacato Fascista dei medici per cui il Sindacato stesso si è impegnato di fornire all'Istituto l'elenco dei medici iscritti ai vari Sindacati provinciali e disposti ad eseguire le visite suddette.

L'assicurato potrà quindi scegliendo nel largo elenco fornito dal Sindacato medico, rivolgersi per la visita a colui nel quale ripone più specialmente la sua fiducia, qualunque sia la residenza del medico. A garenzia degli assicurati il medico visitatore è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto, e, per ottenere l'onorario, egli deve semplicemente restituire il buono firmato.

La concessione è inspirata a criteri di larghezza in quanto si rilascia un buono di visita ogni 2 anni agli assicurati i quali abbiano in vigore uno o più contratti per somme complessive superiori alle lire 20.000 stipulati in forma ordinaria (con visita medica) a tariffa normale.

L'onere finanziario che l'Istituto si è assunto è quindi notevole in rapporto a tal minimo capitale ed all'elevato numero di coloro che sono chiamati ad usufruire del beneficio.

Ma il provvedimento ha una portata sociale di grande importanza perchè stimola gli assicurati ad un collaudo periodico della propria salute permettendo di correggere in tempo eventuali disposizioni morbose, ovvero di svelare inizii di malattie, perchè possano tempestivamente essere curate.

Per le mutue sanitarie nella provincia di Milano.

Presso la Federazione provinciale delle cooperative e delle mutue si è riunito il Direttorio dell'Unione prov. milanese delle Mutue sanitarie fasciste, composto dai rappresentanti delle principali Mutue, dei combattenti e dei Sindacati interessati, per l'esame e l'approvazione dei vari statuti e regolamenti, suddivisi per materia, onde renderli atti ad evitare eventuali equivoci nella loro applicazione.

Con soddisfazione venne constatato il raggiungimento dell'accordo col Sindacato fascista dei medici, col Sindacato delle ostetriche e col Sindacato dei farmacisti, mentre sono in corso pratiche con l'Ospedale Maggiore di Milano, relative alle diarie ed al compenso al corpo medico ospedaliero, che le mutue dovranno corrispondere per i propri aderenti in caso di ricovero ed atti operativi.

Per gli interventi fatti dagli specialisti nei loro gabinetti privati i mutuati godranno una riduzione del 50 per cento sulle tariffe vigenti del Sindacato fascista dei medici.

Il Direttorio si è molto compiaciuto del complesso e difficile lavoro portato a buon termine in così breve volgere di tempo ed ha rivolto alla presidenza ed al direttore dell'Unione prov. delle Mutue sanitarie, parole di vivo plauso. In una successiva riunione l'on. Peverelli ha fissato agli ispettori dell'Unione prof. Bozzi, prof. Cuzzi e dott. Scotti, i compiti loro spettanti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBIATEGRASSO (*Milano*). *Ospitale di Circolo Costantino Cantù*. — Medico primario direttore; L. 16.000 e 4 quinquenni dec., alloggio, partecipaz.; scad. ore 18 del 30 nov. Docenza in patologia med. o clinica med.; competenza in tisiologia. Rivolgersi all'Amministraz.

CASTEL D'ARGILE (*Bologna*). — Scad. 25 nov.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500-2000-3000 trasp., L. 500 uff. san., addizion. L. 3 oltre 1000 iscritti; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CEPRANO (*Frosinone*). — Per titoli. Abitanti 7283, dei quali 4711 sparsi in campagna e comprende circa 850 poveri. Stipendio annuo L. 8500 lorde di ritenute per Ricch. Mob., Cassa Prev. Sanitari, I. N. I. E. L. e Collegio-Conv. di Perugia. Lo stipendio è aumentabile di un decimo per ogni quadr. e per cinque quadrienni. Caro viveri come per gli altri dipendenti comunali. Le domande e i documenti debbono pervenire al Comune entro il 30 novembre. Per chiarimenti e bando di concorso rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CHIARI (*Brescia*). *Spedale Mellini*. — Medico primario; proroga a tutto 10 dic. Si rende noto che l'Istituto provvede all'assistenza ospitaliera per nove comuni con una popolaz. complessiva di circa 40.000 abit.

CHIUSI DELLA VERNA (*Arezzo*). — Scad. 15 nov.; 1ª condotta; L. 10.000.

CINETO ROMANO (*Roma*). — Scad. 30 nov.; lire 10.500; tassa L. 50,15.

COGNE (*Aosta*). — Scad. 1° gen. 1931, L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 bicicl., L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

FAGAGNA (*Udine*). — Scad. 20 nov.; 2ª cond., con Cascano; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., lire 1000 se uff. san., c.-v., L. 3000 automob.; tassa L. 50.

FORLÌ. *Amministraz. Provinc.* — Medico direttore dell'Istituto Vittorio Em. III per l'infanzia; L. 6000 oltre supplem. s. a. L. 2000, c.-v., facoltà esercizio professione libera. Scad. 15 nov. Rivolgersi Segreteria Generale della Provincia.

FERRARA. *Comune.* — Scad. 25 nov.; per Francolino; L. 9500 oltre assegno complementare lire 3000, variabile; cavallo od autoveicolo L. 2500; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; per altre condiz. rivolgersi Segreteria.

GENOVA. *Comune.* — Scad. 30 dic.; tre posti di medico igienista di 2ª classe; L. 14.000 e 10 bienni ventes., c.-v.; età lim. 35 a.; certificato classificazioni esami; laurea da 3 anni; diploma uff. san. Rivolgersi Civico Ufficio del personale.

GODRANO (*Palermo*). — Scad. 10 dic.; L. 9500 oltre aumenti e indennità.

LUCCA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali d'igiene e profilassi. Scadenza ore 17 del 30 dicembre. (V. prec. N. 44).

NOICATTARO (*Bari*). — Scad. 15 dic.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

NORCIA (*Perugia*). — Condotta per Campi-Ancarano, con residenza in Campi. Stipend. L. 9800 annue, aumentab. di un decimo per tre quinquenni, ritenute di legge R. M. e Monte Pens. Indenn. serv. attivo L. 2100, prima e seconda indennità caro viveri come per gli altri dipendenti del Comune. Scaden. 31 dicembre.

NOVELLARA (*Reggio Em.*). — Scad. 30 nov., 1ª condotta; L. 8000 e 5 quadrienni dec., c.-v., trasp. L. 500, ambulat. L. 500, uff. san. L. 300; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 25 nov.; 1ª condotta; ab. 2200; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500 trasp., L. 1400 uff. san.

PIACENZA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore medico; titoli ed esami (prova radiologica e clinica); L. 27.000 e 5 quadrienni dec.; è consentito l'esercizio della consulenza nella specialità; scad. ore 17 del 20 dic. Rivolgersi Segreteria (via Garibaldi 50). Età lim. 30-40 a. Doc. non anter. al 10 ag.

ROCCA PIETORE (*Belluno*). — Scad. 10 dic.; lire 9000 oltre 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san., c.-v., L. 1000-2000-3500 trasp., L. 540 ambulatorio.

TARANTO. *Comune.* — Scad. 30 nov.; per Talsano; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 vettura; c.-v.; età lim. 45 a.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica. Stipendio annuo lordo L. 13.000. Indenn. serv. attivo L. 3000 e indennità caro viveri come per legge, oltre una percentuale sui proventi per ricerche ed analisi nell'interessi di istituzioni pubbliche o private o di cittadini. Età minima anni 45, salvo disposizioni legge. Scadenza ore 12 del 26 novembre. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti, rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

TERLIZZI (*Bari*). *Ospedale « Rosa Mussolini ».* — Scad. 15 nov.; chirurgo direttore, L. 3500, età lim. 30-40 a.; 3 anni eserc. profess. Medico e aiuto-chirurgo, L. 2000 ciascuno, età lim. 26-40 a.

TIGNALE (*Brescia*). — Scad. 31 dic.; L. 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 200 arm. farm. ecc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

TREPPO GRANDE (*Udine*). — Scad. 15 nov.; lire 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000-3000 trasp., L. 800 se uff. san.

ZUCCARELLO (*Savona*). — Scad. 25 nov.; consorzio; L. 12.000 complessive.

CONCORSI A PREMI.

Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

È bandito un concorso fra medici italiani per lavori su due temi, uno di carattere sociale, l'altro scientifico.

La somma pei premi (L. 10.000) è stata offerta dal prof. P. Piccinini, del quale il periodico ufficiale della « Federazione Nazionale Antitubercolare » ricorda con plauso le numerose iniziative nel campo della attività scientifica italiana.

Il concorso resterà aperto fino al 31 dicembre 1930 e si svolgerà secondo un « regolamento » già fissato in ogni dettaglio.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi al prof. F. Bocchetti, segretario generale della Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la Tubercolosi, via Nazionale 172, Roma.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Augustín Van Baumberghen è nominato direttore degli studi all'Accademia (Scuola) di Sanità Militare di Madrid.

Il dott. Waller S. Leathers è nominato presidente della Giunta Nazionale degli Esaminatori Medici degli Stati Uniti.

Il dott. Díaz Caneja è nominato direttore della grandiosa Casa di Salute Valdevilla a Santander (Spagna), in sostituzione del dott. López Albó, dimissionario.

Il prof. N. Puente Duany è nominato direttore della Sezione « Juan Bruno Zayas », per la cura e la profilassi del cancro, nell'Ospedale Mercedes di Avana.

Il « Corpus Christi College » dell'Università di Cambridge (Inghilterra) ha assegnato, per la prima volta, la medaglia Copeman, al dott. Reginald Hilton, per i suoi studi nelle scienze mediche e biologiche.

La medaglia Dencke, conferita dall'Ospedale St. Georg di Amburgo, è stata assegnata quest'anno ai dottori Bernhold, H. E. Bock e Wiede.

NOTIZIE DIVERSE.

26° Congresso nazionale di oto-rino-laringologia.

La Società italiana di otologia, rinologia e laringologia ha tenuto il suo 26° Congresso a Roma, ne' locali della Clinica oto-rino-laringologica, durante i giorni 29 e 30 ottobre. Alla seduta inaugurale intervennero varie personalità; si procedette alla scoperta di un busto del compianto prof. Gherardo Ferreri, opera voluta dal memore e devoto affetto di discepoli e colleghi: l'illustre scomparso fu commemorato dal prof. Bilancioni, succeduto al Maestro nella direzione della Clinica, e dal prof. Calamida, presidente della Società. Il tema « Stenosi cicatriziali laringo-tracheali », svolto dal prof. Caliceti anche a nome del compianto prof. De Carli, che ne era correlatore, fu ampiamente discusso. Numerose e pregevoli comunicazioni resero particolarmente interessante il Congresso.

3° Congresso nazionale di medicina coloniale.

Si è svolto a Tripoli, sotto gli auspicî del Maresciallo d'Italia S. E. Badoglio. Venne inaugurato nella sala Miramar con un elevato discorso del segretario generale della Tripolitania gr. uff. Maurizio Nava, alla presenza di una vera folla di congressisti tra cui molte insigni personalità, un folto pubblico del mondo medico italiano e le autorità civili, militari e fasciste di Tripoli. I congressisti, durante la loro permanenza in Colonia, visitarono le zone agricole ed archeologiche.

Al 21° Congresso nazionale d'idrologia.

Il dott. G. Andreoni tiene a dichiarare che la commemorazione del prof. G. Gasperini, da lui tenuta al Congresso di Rodi — di cui demmo notizia nel N. 40 — venne fatta a nome e per incarico del prof. P. Piccinini, dal quale era stata dettata.

14° Congresso internazionale di oftalmologia.

In conformità alle decisioni adottate ad Amsterdam nel settembre 1929, questo Congresso avrà luogo a Madrid durante la prima quindicina di aprile del 1933.

Alla presidenza del Comitato esecutivo è stato chiamato il dott. Manuel Marquez.

Le relazioni, stabilite d'intesa con il Consiglio internazionale (Londra, aprile 1930), saranno: 1° L'irido-ciclite tubercolare in rapporto col resultato degli esperimenti sulla tubercolosi e suo trattamento moderno (relatori Ovio di Roma e Lagrange di Parigi); 2° Eziologia e trattamento del distacco della retina (relatori: Vogt di Zurigo e Arruga di Barcellona). Le comunicazioni devono avere attinenza con le relazioni; sarà ammesso un certo numero di comunicazioni libere, purchè accettate dal Consiglio internazionale (che ha preso tale decisione per evitare l'esuberanza di lavori avutasi in altri Congressi, il che rende le discussioni inefficaci).

5° Congresso internazionale di urologia.

Avrà luogo a Londra nel 1933; sarà presieduto dal prof. Thompson Walker. Si discuteranno i seguenti temi: Malattie della vescica; Tumori dell'uretra; La pielografia per via discendente.

Convegno internazionale per la profilassi della cecità.

L'Associazione internazionale di profilassi della cecità si è adunata a Bruxelles il 10 ottobre, in occasione della 14ª Conferenza internazionale della Croce Rossa. Ha preso specialmente in esame le cause della cecità nelle industrie e i mezzi profilattici da opporvi e la propaganda per la profilassi della cecità.

L'Italia era rappresentata dal prof. Angelucci. L'Associazione è presieduta dal prof. de Lapersonne; segretario generale ne è il dott. F. R. Humbert; ha sede a Parigi (avenue Vélasquez 2).

Congresso francese di medicina legale.

Si adunerà a Parigi dal 25 al 27 marzo 1931, sotto la presidenza del dott. Paul; segretario generale ne sarà il prof. Pied Livre. Temi: La responsabilità medica (dottori Duvoir e Donnedieu); Studio medico-legale degl'infortuni automobilistici (prof. Simonin); Delitti passionali (prof. Lévy-Valensi).

1° Congresso medico boliviano.

È convocato per l'ultima quindicina del 1930. Temi: geografia medica del Paese; lotta antimalarica, antivenerea, antitubercolare; protezione della madre e del bambino; legislazione sanitaria nazionale; organizzazione degli studi medici; ecc. Presidente ne è il dott. Manuel Cuéllar; segretario generale il dott. Jaime Mendoza.

2° Congresso degli oftalmologi russi.

Si terrà nel giugno del 1931 a Kiew; verranno esaminate le seguenti relazioni: 1° L'orientamento profilattico in oftalmologia; 2° La neuropatologia dell'occhio; 3° La preparazione degli oftalmologi; 4° I problemi della refrazione; 5° La profilassi e il trattamento delle affezioni della cornea.

Società tedesca di talassoterapia.

Si è adunata nei giorni 22 e 23 settembre, nelle stazioni balneari del Nord. Per informazioni rivolgersi al segretario Dr. Hirsch, Steglitzer Str. 66, Berlin W 35, Germania.

Assemblea di insegnanti di medicina in Francia.

L'« Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie » ha tenuto un'assemblea generale l'8 ottobre, presso la Facoltà medica di Parigi, sotto la presidenza del prof. J. Guyot di Bordeaux. Tra i temi discussi furono: affiliazione alla Confederazione dei lavoratori intellettuali; inclusione, nelle Facoltà mediche, degli studi preparatori; progetto di modificazioni del reclutamento e della istruzione delle levatrici; gratuità dell'insegnamento secondario ed universitario ai figli di insegnanti d'Università; partecipazione dei decani (presidi) di Facoltà al Consiglio dell'Insegnamento Superiore; ecc.

Scuola di perfezionamento in chirurgia a Roma.

Questa Scuola di perfezionamento, cui vengono ammessi soltanto i laureati in Medicina e Chirurgia per il conseguimento del diploma di specializzazione, ha la durata di cinque anni. Ha sede presso il R. Istituto di Clinica Chirurgica (Policlinico Umberto I) ed è diretta dal direttore dell'Istituto, prof. R. Alessandri.

Gli iscritti (non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica chirurgica e i corsi e le speciali conferenze ed esercitazioni che saranno loro destinate. Hanno anche l'obbligo di frequentare le corsie della Clinica ed assistere alle operazioni.

Le iscrizioni sono ammesse sino al 1° dicembre: eccezionalmente per coloro che comprovano di aver sostenuto l'esame di Stato, sarà accettata l'iscrizione appena dopo compiuto l'esame stesso.

Per gli iscritti al corso, nella Clinica chirurgica vi è un reparto speciale di malati, uomini e donne. Vi prestano servizio rispettivamente come aiuti ed assistenti gli iscritti al 5°, 4° e al 3° corso, che abbiano superato gli esami prescritti per i singoli anni.

Tasse complessive L. 5455.

Chiedere il programma dettagliato alla direzione.

Scuola di perfezionamento in pediatria a Bologna.

Annessa alla Clinica pediatrica della R. Università nell'Ospedale Gozzadini, ha la durata di due anni; ma il Consiglio dei professori ha la facoltà di esonerare da un anno i laureati che dimostrino una preparazione sufficiente.

Le iscrizioni si chiudono improrogabilmente col 30 novembre. Il numero degli iscritti è limitato.

Rivolgersi al direttore della Scuola, prof. Maurizio Pincherle.

Scuola di perfezionamento in radiologia a Milano.

Annessa all'Istituto di Radiologia medica della R. Università, ha la durata di un biennio.

I corsi iniziano in novembre, dopo l'inaugurazione dell'anno accademico. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina, R. Università, Corso Roma 10, Milano.

Informazioni dal direttore della Scuola, prof. F. Perussia, R. Istituto di Radiologia, piazza Gorini 20, Milano.

Corso di dermato-venereologia a Parigi.

Avrà luogo nell'Ospedale Saint-Louis dal 1° al 20 dicembre, sotto la direzione del prof. Gougerot, in 59 lezioni. Le iscrizioni si ricevono presso la Facoltà di medicina; importano la tassa di 300 franchi. Per informazioni rivolgersi all'Association des Rélations Médicales avec l'Etranger, A. D. R. M. E., Faculté de Médecine, Paris.

L'Ordine dei Medici nel Belgio.

Dopo la Francia, anche il Belgio segue l'esempio dell'Italia con l'istituzione dell'Ordine dei Medici, che altre Nazioni vanno pure preparando, allo scopo di fronteggiare la necessità di mettere una disciplina nel tempio d'Esculapio e riconoscendo che i medici costituiscono una classe sociale tra le più elevate e quindi sono in grado d'imporsi da se stessi una disciplina.

L'ordine dei medici dovrebbe, dice il « Brasil-Medico », disimpegnare una specie di compito d'Ercole nello spazzare le stalle d'Augia, mediante un fiume d'acqua....

Nuova sede per tre Istituti dell'Università di Roma.

Fra le molte opere organizzate dal Regime nel corso dell'anno VIII, figurano quelle relative alla sistemazione in apposita sede degli Istituti di Fisiologia umana, di Farmacologia e di Chimica fisiologica della R. Università degli Studi di Roma, i quali sono stati apprestati in un edificio già destinato all'Istituto d'igiene (che resta nella antica e dignitosa sede). Al tempo stesso veniva demolito il tetro edificio di via Depretis, dove essi erano prima allogati. Il nuovo fabbricato sorge sull'area della Città Universitaria presso il Policlinico.

L'edificio è fornito dei più moderni impianti igienico-sanitari e comprende ben 130 locali, oltre due grandi aule per le lezioni.

L'arredamento, quasi tutto provvisto *ex novo*, risulta del tipo più moderno, specie per i gabinetti di analisi e di prova. Caratteristici e degni di nota per tonalità e vivezza sono i motivi architettonici e decorativi. Tutta questa parte fu curata dall'Ufficio speciale della Città Universitaria e per esso con vera competenza dall'architetto prof. Mario Contigliozzi.

Stazioni sanitarie nell'Agro Romano.

Nella solenne ricorrenza dell'annuale della Marcia su Roma vennero inaugurate le due stazioni sanitarie di Castel di Guido e Casalotti di Porcareccia, sorte in conformità ad un programma vasto ed organico di assistenza igienico-sanitaria, che viene svolgendo il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene del Governatorato.

Alle sobrie cerimonie intervennero varie autorità ed un gruppo d'invitati. Notati il sen. Marchiafava, il prefetto Rizzo, segretario generale del Governatorato, il prof. Pecori, il prof. D'Ormea, il prof. Micheli, il dott. Escalar, l'ing. Valentini, ecc. Venne riconosciuta ed ammirata la perfetta efficienza delle due stazioni.

Trasformazione del patrimonio rustico degli Ospedali di Roma.

Il 28 ottobre venne inaugurata la bonifica della Tenuta di Tor San Giovanni, di proprietà del Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma. La cerimonia, semplice ed austera, ha assunto speciale rilievo per la presenza dell'on. Serpieri, sottosegretario alla bonifica integrale, del gr. uff. Jandolo, direttore generale della bonifica integrale, del gr. uff. Cotta, presidente degli Ospedali di Roma e di altre spiccate autorità e personalità. Tra non molto si procederà alla trasformazione agraria di tutto il patrimonio rustico ospedaliero, il quale copre nell'Agro Romano una superficie di circa 22.000 ettari.

Un sanatorio per gestanti tubercolotiche a Bari.

È stato attuato per la tenace volontà del prof. P. Gaifami, allo scopo di isolare le gestanti tubercolotiche, nonchè di assistere con la collaborazione del tisiologo (si richiede un'assistenza molteplice, dall'eventuale interruzione della gravidanza alle cure specializzate, dietetiche, fisiche, farmacologiche, chirurgiche), e, infine, di separarle dai neonati, onde evitare che questi s'infettino. I neonati vengono sottoposti alla pratica della vaccinazione specifica, che oggi è così promettente: dopo un mese, secondo le indicazioni di Calmette, essi sono restituiti alle madri.

Per ora si tratta di un reparto ospedaliero, che occupa una vasta sala ed è capace di 20 letti. Cominciò a funzionare, senza cerimonie e senza discorsi, il 15 settembre.

Servizi sanitari simili esistono in poche altre città italiane, tra cui Milano va citata a titolo d'onore poichè ne dette il primo esempio.

Un ambulatorio a Bologna.

Il 28 ottobre, con l'intervento di S. E. il prefetto gr. uff. Dagnini, del segretario federale, del podestà e di altre principali autorità cittadine, ebbe luogo a Bologna, in piazza Principe Umberto, l'inaugurazione della nuova sede del Dispensario centrale e provinciale, importante opera sanitaria del Regime, allestita a cura del Consorzio provinciale antitubercolare e destinata all'assistenza medica sociale degli ammalati, delle loro famiglie e all'educazione igienica popolare. Avvenuta l'inaugurazione, le autorità, guidate dal direttore del Dispensario dott. Tinozzi, visitarono i vari locali, ammirandone l'attrezzamento adatto alle più moderne esigenze.

Vittima della professione.

L'illustre radiologo prof. Vittorio Maragliano di Genova, in conseguenza di lesioni prodottegli dai raggi X durante la sua lunga e laboriosa attività scientifica e specialmente nel primo periodo della scoperta di Roentgen, aveva già subìto l'amputazione del dito anulare della mano sinistra. Ora si è resa necessaria l'asportazione del dito medio della stessa mano. L'intervento è stato affrontato stoicamente e felicemente superato; trascorso un breve periodo di riposo, l'insigne radiologo riprenderà le sue occupazioni.

GIULIO FANO.

Nacque a Mantova il 29 marzo 1856; studiò Medicina prima a Padova poi a Bologna e si laureò a Torino nel 1879. Era appena laureato ed aveva 23 anni quando si recò a Lipsia, nel laboratorio del Ludwig dove ebbe l'occasione di dimostrare precocemente le sue non comuni doti di ricercatore e di sperimentatore: infatti egli condusse allora a termine il suo primo lavoro « Das Verhalten des Peptons und Tryptons gegen Blut und Lymphe (1881) », che segnò l'inizio di una serie di ricerche interessantissime intorno ai fattori della coagulazione del sangue e della linfa.

Tornato in Italia nel 1880 fu aiuto del Mosso a Torino (1880-81), poi del Luciani a Firenze fino al 1884; aveva appena 28 anni quando gli fu affidato l'incarico per l'insegnamento della Fisiologia nell'Università di Genova dove quattro anni dopo fu nominato professore ordinario e vi rimase fino al 1894. Insegnò quindi a Firenze fino al 1916, e verso la fine di quello stesso anno fu chiamato a Roma per l'insegnamento della fisiologia generale nella Facoltà di Scienze.

L'attività scientifica del Fanò fu notevolissima e si svolse sia in estensione come in profondità, spinto irresistibilmente all'indagine dei più suggestivi problemi biologici da una curiosità ansiosa ma equilibrata ed intelligente: tutte le sue ricerche portano il marchio dell'originalità non soltanto per l'impostazione del problema ma anche per l'ingegnosità ed opportunità della tecnica. Quando le ricerche intorno all'endocrinologia erano appena agli inizi egli pubblicava delle conclusioni importantissime sulla funzione della tiroide contribuendo in modo notevole a far annoverare questo organo fra le ghiandole a secrezione interna.

Lo spazio non mi consente di fare una disamina particolareggiata delle opere più importanti del Fano, perciò mi limiterò ad accennare a quei suoi lavori che più di ogni altro portano un'impronta geniale: « Sulle oscillazioni del tono dell'atrio cardiaco dell'Emys europaea »; « Sullo sviluppo della funzione cardiaca nell'embrione », e l'altro « Sui riflessi spinali nella tartaruga » che gli valse nel 1897 il premio reale dei Lincei. Questi ultimi lavori trascendono nei loro risultati la ricerca meramente sperimentale e portano a delle concezioni di Fisiologia generale notevoli; da una parte illuminano efficacemente il problema dei rapporti fra eccitabilità ed automatismo e dall'altra fanno intravedere la possibilità di una spiegazione di importanti fenomeni psichici.

Perchè il Fano ha avuto l'intelligenza sempre portata ad inquadrare le sue ricerche in un sistema organico e scientificamente armonico, egli è stato più che uno sperimentatore e che un ricercatore: è stato sempre spinto dall'ansia di conoscere nel senso più lato di questa parola.

All'Estero egli ebbe molti amici illustri ed ammiratori; fu invitato verso il 1920 a tenere una serie di conferenze nella Facoltà di Medicina di Madrid e nella « Mancomunitat » di Barcellona; nel 1924 fu invitato a tenere conferenze scientifiche nell'Università di Cairo.

Numerosi e pregevoli sono le onorificenze che hanno giustamente premiato la sua attività scientifica e le sue qualità personali.

Chi come me ha avuto occasione di conoscere il Fano negli ultimi anni della sua vita non può non ricordare con un senso di ammirazione misto a stupore la lucidità cristallina del suo spirito, la prontezza meravigliosa della sua intelligenza che, nonostante la stanchezza degli anni, gli permetteva di impadronirsi con rapidità e con sicurezza meravigliose e di inquadrare felicemente qualsiasi nuovo problema biologico gli veniva esposto.

Dott. P. S. Israel.

Il 5 settembre 1930 a Trieste una settico-piemia strappava all'affetto della sua famiglia e di quanti lo conoscevano il dott. RENATO GANDUSIO. Nato a Monfalcone nel 1887, compì gli studi all'Università di Vienna. Dal 1912 per 6 anni fu assistente in quella Clinica Chirurgica diretta da Eiselsberg. Dopo la redenzione ritornato a Trieste, prestò servizio come aiuto nel X Reparto Chirurgico; da tre anni dirigeva il servizio di chirurgia della cassa circondariale di malattia a Trieste.

La sua preparazione scientifica e pratica ne aveva fatto un chirurgo completo, di vaste conoscenze e ardito operatore; contava una statistica operatoria brillante.

Educato nell'ambiente irredentistico fu patriota fervente. Di carattere adamantino e mite ad un tempo, di animo nobile e generoso, modestissimo, Renato Gandusio seppe acquistarsi la simpatia e la stima di tutti. Nel letto di morte ebbe la consolazione di vedere tra i colleghi accorsi ansiosi anche lo stesso Eiselsberg, che con affetto paterno spontaneamente aveva voluto portare il suo contributo ai tentativi di salvarlo.

G. Pototschnig.

È morto a 81 anni il prof. PAUL FÜRBRINGER, uno dei medici più popolari di Berlino. La sua operosità è stata molteplice e si estendeva dalla dermatologia all'urologia, ma aveva per base la medicina interna. A. P.

A 60 anni è morto il prof. HEINRICH V. PEHAM, direttore della 1ª Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Vienna. La sua attività si è svolta specialmente nel campo ostetrico. La sua produzione scientifica non è copiosa: vanno segnalati uno studio sulla rottura spontanea dell'utero gestante e sulla relativa profilassi ed una sui bacini viziati. Era partigiano deciso della terapia conservativa. Veniva apprezzato come buon insegnante. A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 17 Novembre 1930 Num. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica delle Malattie infettive della R. Università di Roma.

Direttore inc.: Prof. TOMMASO PONTANO.

La terapia insulinica negli stati di dimagramento consecutivi a colecistite calcolosa

per il dott. DANILO CECCARELLI,
già assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

È noto come l'insulina ha trovato *numerose applicazioni terapeutiche* in stati morbosi, che non hanno alcun rapporto col diabete. Ottimi risultati si sono avuti nel campo pediatrico: nella atrepsia, nella spasmofilia dei lattanti, nei vomiti acetonici, in talune intossicazioni alimentari e nel campo ostetrico in due stati morbosi: vomito incoercibile delle gravide ed eclampsia; successi interessanti nelle malattie della pelle: eczemi seborroici, psoriasi, orticaria, foruncolosi; effetti spesso sorprendenti nella nutrizione dei tessuti: si è potuto infatti ottenere la guarigione delle ulcere varicose, delle piaghe atoniche, di ulcerazioni croniche non varicose. Risultati importanti si sono ottenuti con la cura insulinica associata all'ingestione di glicogeno nelle malattie del fegato: così negli itteri prolungati, nelle insufficienze epatiche gravi. Certi stati di disquilibrio endocrino sembrano giustiziati dall'insulina; miglioramenti sono stati descritti nel morbo di Flajani-Basedow, nell'acromegalia. Talora buoni successi si hanno nell'anemia perniciosa. Miglioramenti indiscussi sono stati segnalati nella claudicazione intermittente e nell'angina di petto. Tentativi sono stati fatti col trattamento insulinico nel cancro: alcuni autori hanno creduto di ottenere un arresto di sviluppo del cancro sperimentale in animali insulinizzati. L'uso dell'insulina è efficace anche nel campo chirurgico (acidosi postoperatorie non diabetiche, acidosi da inanizione), nelle neuriti ribelli, nei tics dolorosi, nel *morbus coxae senilis*, nel reumatismo cronico, nella avitaminosi, ecc.

Ma fra le numerose applicazioni dell'insulina ve ne è una che ha destato grande interesse ed è quella che riguarda gli *stati di denutrizione in genere*.

Falta per primo nel 1925 praticò la cura insulinica in tre individui con anoressia e scarso peso del corpo, ai quali non aveva giovato nè il riposo nè l'iperalimentazione. I risultati furono sorprendenti: aumento rapido dell'appetito, e aumento del peso, che va da kg. 5,800 a kg. 9.

Dopo Falta altri autori hanno verificato i buoni effetti di questo nuovo trattamento. Bauer e Nyiri raccomandano la cura insulinica nello stato di dimagramento senile, in quello dell'astenia costituzionale, della tubercolosi latente, ecc.; Richter nell'astenia costituzionale e arteriosclerosi generalizzata, nel dimagramento senile, nella tubercolosi latente e nella convalescenza di malattie infettive; Vogt nei dimagriti su base di un *habitus* astenico, negli stati di esaurimento di diversa natura.

Per contro a qualche risultato discorde registrato dal Labbé e Veiller, i buoni risultati sono confermati da Feissly, Bonorino-Udaondo, Fontana, Wiechmann, Franck, Moutier, Fonseca, Lewy, Trocello, Scimone, Cannavò, Russo, Czickeli, ecc.

Bisogna ricordare che già nel 1924 Mc. Kim. Mariott aveva ottenuto risultati eccellenti in casi di atrepsia dell'infanzia curati con insulina e glucosio; risultati confermati poi dal Buttenwieser. Già 10 anni prima Nobécourt aveva proposto nei vomiti e nella atrepsia dei lattanti la cura con zucchero ad alte dosi, partendo dal concetto fisiologico che l'organismo utilizza in maggior proporzione le calorie contenute negli zuccheri (95 %), che non quelle nei grassi (86 %) e negli albuminoidi (70 %). Da qui l'idea di aggiungere nella cura glucosica degli atrepsici l'insulina, che facilita l'impiego degli zuccheri. Più tardi anche il Lesné, la Dreyfus-Sée, ed anche il Boisserie-Lacroix ottennero risultati analoghi.

Le dosi che vengono utilizzate dagli autori sono varie: i primi autori utilizzano almeno 40 unità in 24 ore e aumentano la dose quotidiana fino a 80-100 unità, da ripartire secondo il numero dei pasti in dose da 10 a 20 unità. Generalmente se ne inietta 5 volte al giorno 10-15 o anche 30 unità. Falta, Vogt iniettano fino 90-120-150 unità di insulina in 24 ore, divisa in 3-4-6 iniezioni. Tali dosi costituiscono una minaccia seria per i fenomeni di ipoglicemia. Certi autori preferiscono usare cinque volte al dì una dose debole (da 5 a 10 unità). Altri al contrario dànno tre volte al giorno una dose media (da 20 a 30 unità). Richter consiglia 10 unità il primo giorno, 20 il secondo, poi 40 unità in due volte e nella seconda settimana 60 unità in tre volte. Generalmente gli autori si attengono alle dosi di 5-10 unità in due volte in principio e giungono progressivamente fino a 20-25, al massimo 30 unità in due volte; si ha così il vantaggio di poter praticare la cura ambulatoriamente.

L'iniezione (intramuscolare o sottocutanea) va praticata da mezz'ora a dieci minuti prima dei pasti.

Per evitare l'insorgenza della ipoglicemia è necessario che il pasto contenga una razione di idrati di carbonio adeguata (2 gr. per ogni unità di insulina). Ma se si usano dosi forti, tale precauzione non evita il pericolo. Perciò appena sentono fame imperiosa, senso vago di malessere, impressione di angoscia e di debolezza, palpitazione cardiaca, debbono ingerire un poco di zucchero, di cioccolata, di dolce, di pane.

La *durata media* della cura è di tre settimane; alcuni autori consigliano di farla per parecchi mesi consecutivi per 10-15 giorni al mese.

Gli *effetti* del trattamento si prolungano di solito al di là della cura: i malati continuano ad avere appetito ed assimilazione superiore allo stato normale; in altri l'appetito anormale si calma, ma resta sempre superiore a quello che avevano prima; in altri si ha gradatamente il ritorno allo stato iniziale.

Per *quale meccanismo agisce così beneficamente l'insulina* in questi stati di dimagramento?

Numerosi fattori sono stati invocati e dimostrati dagli autori:

1) Anzitutto l'insulina ha influenza sulle *funzioni digestive;* tale influenza si esplica certamente attraverso il pneumo-gastrico per un meccanismo che si avvicina un poco a quello della pilocarpina (Prevtetschensky, Gurwitsch e Permjakow), ma non è escluso che l'insulina agisca anche attraverso modificazioni umorali e del ricambio. Gli autori concordemente sostengono che si ha un aumento dell'appetito: talora gli ammalati narrano che son presi da un bisogno imperioso di mangiare perfino in ore inabituali.

Funzione motoria: Ch. Giurea e C. Dimitrui dimostrano che l'insulina è dotata di una energica azione sulla motilità e sulla evacuazione dello stomaco. Così Wiechmann e Gatzweiller hanno osservato mediante esame radiologico che il tempo di vuotamento dello stomaco si abbrevia mediante iniezione di 40-50 unità di insulina. Oltre lo svuotamento sarebbe agevolato anche l'assorbimento del contenuto gastrico, secondo tali autori.

Funzione secretoria: L'azione dell'insulina si esercita anche sulla secrezione gastrica; si ha infatti aumento di acido cloridrico e della acidità totale del succo gastrico (Detré e Sino, Popesco e Diculesco, Corbini, Cascao, ecc.). L'insulina esplica pure la sua azione sulla secrezione esterna pancreatica. Monteleone, con ricerche clinico-sperimentali sia in individui sani che a pancreas leso, ha illustrato che l'attività degli enzimi costituenti la secrezione esterna pancreatica, sotto l'azione dell'insulina, è nettamente aumentata. E l'aumento dell'attività riguarda indistintamente tutti tre i fermenti.

Funzione di assorbimento: Koref e Mautner, in seguito ad esperienze nei topi sia con alimenti sia con curaro, somministrati per bocca, vennero alla conclusione che l'insulina possiede un'azione acceleratrice dell'assorbimento gastrico intestinale. L'insulina avrebbe anche effetto favorevole sull'assorbimento dei grassi da parte dei villi intestinali (Lombroso, Zuntz e Meyer, Fleckzeder ed altri).

2) Un secondo fattore, a cui si è dato grande importanza, è la *ritenzione di acqua*, pur riconoscendo la mancanza di ogni sintomo clinico di edema; ritenzione che risulta dall'esperienza di numerosi autori (Allen, Scherille, Labbé, Nepveux, Umber, Von Noorden, Issaac, Harrop, Benedict, Josslin, Blum, Widal, Abrami, Weil e Laudat, Klein, Franck, Butterwiesser, Vollmer e Serebryski, ecc.). Gli autori hanno dimostrato infatti che con la cura insulinica si ha diminuzione della diuresi; constatarono inoltre aumentata idremia negli animali ed anche sull'uomo (Vidal, Abrami, Weil, Laudat).

3) L'insulina aumenterebbe la *capacità di fissazione idrocarbonata dei tessuti*, determinando per questo un accumulo dell'acqua nei tessuti. I fisiologi (Zuntz, Atwater e Benedict) dalle loro esperienze concludono che l'alimentazione idrocarbonata porta a ritenzione di acqua e aumento di peso. I clinici (Finkelstein e Lasch) ottengono vantaggi, aggiungendo alla dieta ordinaria una razionale quantità di idrati di carbonio.

4) L'insulina produce *alcalosi degli umori;* come ha dimostrato Gigon con esperienze sugli uomini e sugli animali. Ed è nota l'importanza dell'equilibrio acido-basico nel ricambio idrico, in quanto una tendenza ai valori elevati del Ph dei tessuti (verso l'alcalosi) facilita la ritenzione acquosa; mentre la tendenza opposta favorisce la diuresi.

Secondo Feissly in rapporto a tali modificazioni dell'equilibrio acido-basico potrebbe essere la idrofilia dei tessuti, causa del turgore dei tessuti stessi. Il turgore precederebbe uno stadio di vera riparazione dei tessuti stessi; il liquido assorbito dei tessuti diventerebbe un costituente normale di questi e la prova è nota dal fatto che non è mobilitato dai comuni diuretici.

5) Secondo il Carrasco Formiguerra e Puche, l'insulina favorirebbe l'*elaborazione del glicogeno* e fisserebbe il glicogeno per una azione inibitrice sulla amilasi epatica. Sappiamo che tale elaborazione si compie con fissazione notevole di acqua e in ambiente di debole acidità ionica, condizioni che abbiamo visto create dalla insulina.

6) L'insulina opererebbe inoltre la trasformazione degli *idrati di carbonio in grasso di riserva* (Delezène, Hallion, Ledebt) e ne dànno la prova Lubling e Schellong con esperimenti sulla respirazione in individui non diabetici.

Fonseca ritiene che l'aumento di peso non è dovuto a ritenzione di acqua, ma a formazione di riserve grassose. Il maggiore assorbimento di acqua sarebbe operato non dall'insulina, ma occorrerebbe per la formazione di dette riserve. Egli seguì la diuresi degli ammalati in relazione alla somministrazione di insulina e all'aumento di peso: non trovò variazioni di diuresi in relazione alla somministrazione di insulina. Come pure non trovò modificazioni di peso corporeo somministrando NaCl, nè aumento della diuresi somministrando diuretici (teobromina-novasurol).

Da quanto sopra, vediamo come molti fattori sono in gioco per spiegare l'azione della insulina nelle cure di ingrassamento; l'aumento dell'appetito, le migliorate condizioni dell'apparato gastro-intestinale rispetto alle funzioni motorie, di secrezione e di assorbimento, una maggiore ritenzione idrica dell'organismo, la migliorata utilizzazione degli idrati di carbonio, la maggiore formazione di sostanze grasse, ecc.

Noi riportiamo qui un *caso di dimagramento impressionante in un soggetto che ha sofferto precedentemente di colelitiasi;* caso che non essendosi giovato delle solite cure, abbiamo trattato con la cura insulinica. Sono noti tali dimagramenti che si verificano in ogni soggetto affetto da crisi litiasiche a ripetizione, dimagramenti che assumono spesso delle proporzioni fortissime, tanto da risvegliare per chi non è prevenuto il sospetto di un tumore. La perdita di peso, che è frequentemente di 12-15 kg., può assumere delle proporzioni impressionanti. Chauffard cita un suo malato di anni 64, che perdette 36 kg. in 10 mesi; un

altro malato di 60 anni e di piccola taglia, che non pesava più che 37 kg.

Questi formidabili dimagramenti si sono spiegati, oltre che per l'*épuissement* causato dal dolore, e per la restrizione inevitabile del regime alimentare, con le turbe del chimismo intestinale, le quali si manifestano sopratutto con disturbi sull'utilizzazione dei grassi e sono legate ad una pancreatite sclerosa. È merito sopratutto delle osservazioni fatte dai chirurgi durante i loro atti operativi, l'aver richiamata l'attenzione sopra la frequenza delle alterazioni del pancreas nella colelitiasi. Su 220 casi di calcolosi biliare operati da Kehr, in 69 esisteva una pancreatite cronica. Secondo Mayo-Robson la pancreatite sclerosa si avrebbe nell'88 % dei casi di colelitiasi; più frequente nella litiasi del coledoco (due terzi dei casi), meno nella litiasi della cistifellea. Le alterazioni potrebbero essere di vario grado: da quelle veramente microscopiche a quelle che determinano tumori voluminosi, palpabili anche dall'esterno. Secondo l'A. non raramente la calcolosi del pancreas accompagnerebbe quella biliare. Prima si produrrebbe una pancreatite parenchimatosa e consecutivamente una sclerosa interstiziale, ma tanto nell'uno che nell'altro caso le isole di Langerhans sarebbero poco o affatto alterate. Nella statistica di Quénu e di Pierre Duval 46 casi di litiasi vescicolare dànno 21 pancreatite cronica e 48 calcoli del coledoco ne dànno 39.

È noto infatti che se i dutti escretori del pancreas si ostruiscono e quindi il secreto ristagna, può già per sè solo istituirsi la pancreatite cronica. Ma la pancreatite può svilupparsi anche in dipendenza di una calcolosi della cistifellea a dutto coledoco libero, certamente per una diffusione del processo secondario di colangite lungo i dutti escretori del pancreas stesso (Umber). C'è anche però la via linfatica; per comprendere la propagazione linfatica (Schupfer) bisogna pensare che i linfatici della vescicola biliare si portano quasi tutti a un ganglio dell'hiatus collocato al disotto dell'origine del coledoco, generalmente a destra del medesimo e quindi contenuto nello spessore del piccolo epiploon. I vasi linfatici efferenti dal ganglio del collo raggiungono non solo il ganglio dell'hiatus, ma anche i gangli situati dietro la seconda porzione del duodeno e dietro la testa del pancreas. Alcuni però ammettono che, nei processi infiammatori, per occlusione di alcuni canalicoli, la linfa possa prendere anche direttamente la strada verso il plesso pancreatico potendo così venire direttamente comunicata l'infezione al pancreas.

Per quanto risulta, nessuno di tali casi di dimagramento è stato trattato colla cura insulinica; essi sono stati piuttosto trattati colla somministrazione di fermenti della secrezione esterna del pancreas.

Riportiamo pertanto il *caso da noi osservato*, che si presta a delle considerazioni importanti.

C. N., di anni 18, da Milano, residente a Roma, celibe, studente.

Nulla di importante nel gentilizio e nei collaterali. Negativa l'anamnesi personale remota. Nell'inverno 1926 per un periodo di circa un mese il paziente incominciò ad accusare all'epigastrio, poche ore dopo il pasto, peso e modico dolore che presto andavano scomparendo; non disturbi dell'alvo nè urinari, non vomito, non ittero, non febbre; modico senso di acidità. Nel 1927 si è ripetuta a periodi la sintomatologia di cui sopra; questa volta il dolore fu più intenso e alle volte fortissimo durante la notte. Nel maggio 1929 il paziente fu colto da dolori violenti all'ipocondrio destro, dolori che si irradiavano alla spalla destra e al dorso, accompagnati da vomito biliare. Non disturbi intestinali. Tale sintomatologia si è protratta per qualche giorno. Dal maggio sino ad oggi tali crisi dolorose, con i caratteri suddescritti, si sono ripetute più volte, intervallate da periodi di pieno benessere; una volta in coincidenza di tali crisi ha notato lieve colorito itterico delle sclere. In questi ultimi tempi il paziente si è fortemente dimagrito: è diminuito di 20 Kg. (il suo peso normale di 60 Kg. è sceso a Kg. 40) e si trova nella impossibilità di attendere alle proprie occupazioni. Non tosse, non rialzi termici serotini, non sudori notturni. L'alvo è regolare e la diuresi normale. Assoggettato a cure ricostituenti non ha ricavato alcun effetto.

Entra nel nostro reparto il giorno 30 ottobre 1929.

E. O. Tipo longilineo, costituzione scheletrica regolare; grave stato di denutrizione. Altezza m. 1,70, peso Kg. 40. Pannicolo adiposo scomparso, masse muscolari ipotrofiche; faccia stirata, disseccata; membra flaccide, scarnite. Cute secca, rugosa. Colorito delle mucose visibili rosee. Lingua leggermente impaniata, umida. Polso ritmico, di frequenza normale, a pressione bassa (Pachon: mx 95, mn 60). Temperatura 36°,5. Assenza di ingorghi ghiandolari.

Torace: allungato, scarno; fosse sopra- e sottoclavicolari ben marcate, ben visibili le costole: nulla di anormale alla percussione e alla ascoltazione. *Cuore* nei limiti, toni netti su tutti i focolai. *Addome*: avvallato, trattabile indolente nei vari quadranti. *Milza*: nei limiti fisiologici. *Fegato*: limite superiore al quarto spazio intercostale sulla emiclaveare, bordo inferiore alla arcata costale. In corrispondenza della regione della cistifellea si risveglia dolore colla palpazione; non difesa muscolare; non si palpa cistifellea ingrossata. Non dolente il punto di Dejardins, nè la zona pancreatica-duodenale di Chauffard. Nulla a carico del sistema nervoso; riflessi pupillari normali, riflessi rotulei normali, sensibilità superficiale e profonda normale.

Esame urine: reazione alcalina; peso specifico 1014; albumina, glucosio, acetone, sangue,

urobilina, pigmenti biliari: assenti. Indacano +; urea e cloruri normali. Sedimento negativo.

Esame del sangue: emoglobina 90; globuli rossi 5.000.000; globuli bianchi 6.800; valore globulare 0,90. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 52 %; basofili 0; eosinofili 1 %; monociti 3 %; linfociti 30 %. Reazione di Wassermann: negativa. Glicemia: 0,98 ‰.

Diagnosi. — Dall'anamnesi risulta che il paziente ha sofferto di attacchi dolorosi, che per l'insorgenza specie nella notte, per la sede, per l'irradiazione dolorosa alla spalla, per il vomito biliare, per il colorito itterico delle sclere, parlano in modo sicuro per una colelitiasi biliare.

I disturbi sofferti nel 1926 e 1927, che si traducono con una sintomatologia gastrica si spiegano bene in quanto sappiamo che si possono trovare dei sintomi negli antecedenti dei litiasici, prima dell'apparizione della colica epatica: è nota infatti la dispepsia iniziale dei litiasici; e la colica epatica, come dimostra il Grocco, può presentarsi sotto forma pseudo-gastralgica con dolori, che compaiono dopo 3-5 ore dall'ingestione del cibo. Ciò si spiega dal fatto che la colelitiasi può avere delle vere ripercussioni per via vago-simpatica sul chimismo e sulle motilità dello stomaco.

L'*esame obbiettivo* d'altra parte mette in rilievo dolore in corrispondenza della cistifellea, non ingrandita, dolore che si accentua se il paziente respira profondamente. La ricerca radioscopica dello stomaco è negativa. Anche la radiografia delle vie biliari, dopo somministrazione di tetraiodo per bocca, eseguita dopo 14-17-20 ore non mostra visibile l'ombra della cistifellea, nè si vedono ombre riferibili a calcoli.

Le coliche epatiche tipiche, una residua sensibilità della cistifellea, pur in mancanza di dati radiologici positivi permettono di porre la diagnosi di colecistite calcolosa. Il diario clinico del malato, durante la nostra osservazione, ce ne dà la conferma:

Il giorno 9 novembre 1929 il paziente, fino allora apirettico, è colto da febbre intermittente, che si protrae fino al giorno 16 dello stesso mese; con la febbre, la dolenzia del punto cistico si fa più marcata; dolenzia e febbre scompaiono in seguito ad iniezioni endovenose di cilotropina. Durante tale periodo febbrile il paziente ha delle lievi manifestazioni di diatesi emorragica: difatti il 12 novembre compare punteggiatura emorragica per una chiazza di 3-4 centimetri in corrispondenza della regione ileo-cecale.

Il 13 novembre ha lieve epistassi.

Il 14 ancora lieve epistassi.

L'esame del sangue ci dà: emoglobina 80; globuli rossi 4.000.000; globuli bianchi 6.000. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 68 %; eosinofili 1 %; basofili 0; linfociti 26 %; monociti 4 %. Le piastrine non sono diminuite di numero.

In questo giovanissimo soggetto, affetto da colecistite probabilmente calcolosa, qual'è la *causa di questo dimagramento così impressionante?* Due sospetti sorgono logici:

1) Una tubercolosi concomitante? Si conoscono difatti casi in cui la tubercolosi ha condotto ad un dimagramento di alto grado senza che l'esame obbiettivo ne faccia riconoscere la vera ragione. La radiografia del torace più volte eseguita nel nostro caso è stata negativa; negativa anche la cutireazione di von Pirquet.

2) Un diabete mellito? Appunto nel diabete il dimagramento spesso è grandissimo e salta tanto più all'occhio in quanto si produce, specie nei giovani soggetti, in un periodo di tempo relativamente breve. Nel caso da noi osservato non è stata mai riscontrata glicosuria; la glicemia più volte eseguita è stata normale, o inferiore al normale.

Per il fatto constato colecistite, per la frequenza della pancreatite, v'è da pensare ad una *pancreatite cronica*. Abbiamo più sopra veduto come gli AA. mettono in rapporto questi stati di dimagramento, talora impressionanti, che si verificano in soggetti affetti da crisi litiasiche a ripetizione, con una pancreatite sclerosa, che i chirurgi hanno dimostrato essere frequente.

Sicchè noi saremmo indotti a pensare che fossimo in presenza di una alterazione del pancreas; tanto più che, essendo tali alterazioni di ordine infiammatorio, si verificano ancora più frequentemente quando esiste una infezione delle vie biliari, come appunto nel nostro caso.

Il fatto che non abbiamo riscontrato glicosuria e che la glicemia è stata sempre normale non depone contro: difatti nella pancreatite sclerosa difficilmente il processo morboso colpisce tutto l'organo, ma solo porzioni di esso e le isole di Langherans sono poco o affatto alterate (Mayo Robson). E per la pancreatite cronica sarebbe stato, oltre il dato etiologico (colecistite), il dimagramento, la anoressia e la tendenza alla epistassi e alla porpora che si è verificato nel nostro paziente durante il periodo febbrile. Ma, mentre queste ultime si spiegano anche colla cattiva nutrizione delle pareti vasali, contro la pancreatite stanno: la mancanza di disordini gastro-intestinali (mai diarrea con feci grasse, molli, puzzolenti, nauseabonde; mai meteorismo), la mancanza di vomito, la mancanza sopratutto del dolore al punto di Dejardins e alla zona pancreatico-duodenale di Chauffard. Anche la ricerca dei grassi nelle feci non ci ha rivelato disturbi nell'utilizzazione di questi da porre la diagnosi di pancreatite cronica.

Trattamento e considerazioni del caso. — Il paziente, non avendo avuto giovamento dalle solite cure a base di iperalimentazione, riposo, ricostituenti, viene sottoposto al trattamento insulinico col 1° novembre 1929. Le dosi che

adoperiamo sono di 20 unità *pro-die* per iniezioni intramuscolari, così ripartite: 10 unità 20 minuti prima del pasto di mezzodì, 10 unità prima del pasto della sera.

Riportiamo la grafica del peso del corpo che si è ottenuto nella cura insulinica (fig. 1).

si ha un aumento di peso di kg. 6,300, quasi cioè di un kg. al giorno: dal giorno 25 in poi continua un'ascesa graduale del peso fino a raggiungere il giorno 17 dicembre 1929 il peso di kg. 55, giorno in cui si sospende la cura insulinica.

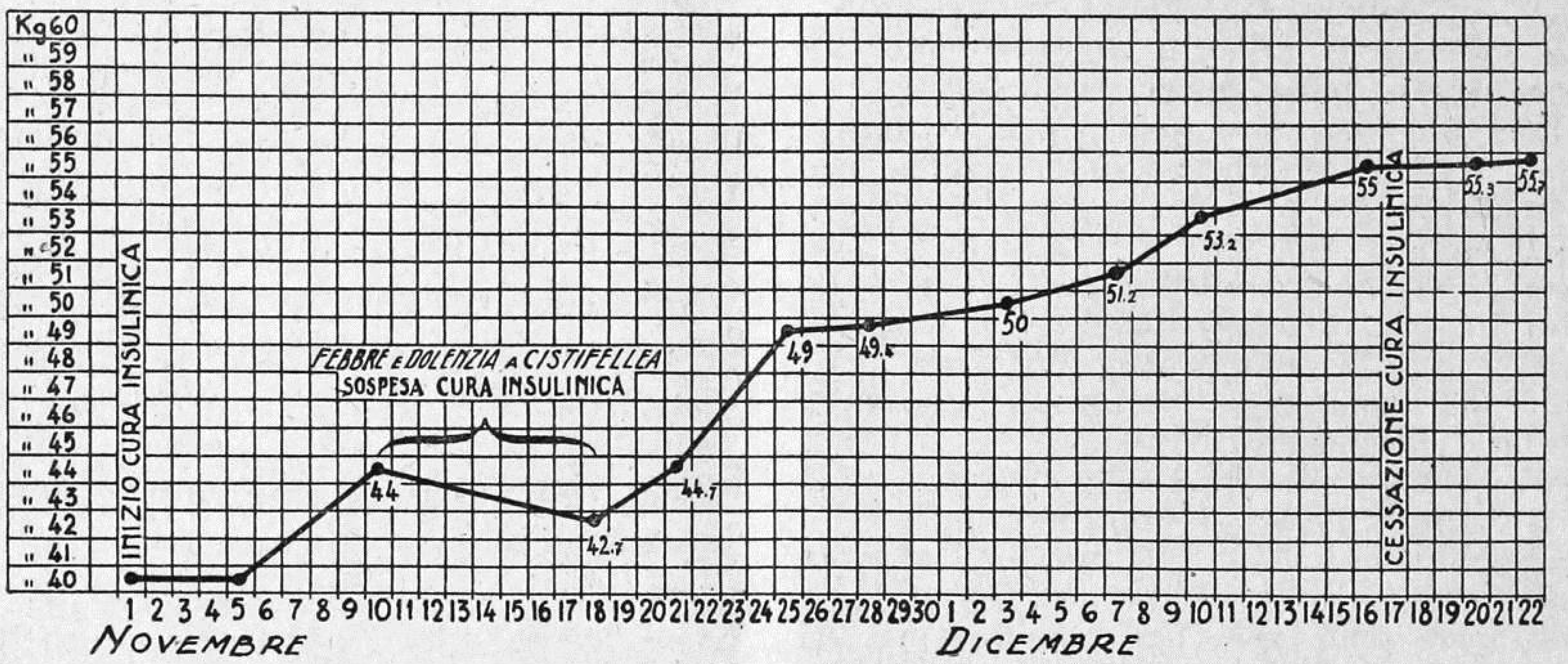


Fig. 1.

Il beneficio, come si vede, è sorprendente: dal 5 al 10 novembre il paziente aumenta di 4 kg.; è manifesto chiaramente il rapido e progressivo miglioramento, fatta eccezione di un periodo che va dal 10 al 18 novembre stesso, in cui il paziente riperde kg. 2,300 dei 4

Il rapido e forte aumento del peso del corpo all'inizio della cura (dal 5 al 10 dicembre aumento di kg. 4, dal 18 al 25 dello stesso mese aumento di kg. 6,300) ci induce a ritenere che, per effetto del trattamento insulinico, i tessuti abbiano trattenuta molta acqua.

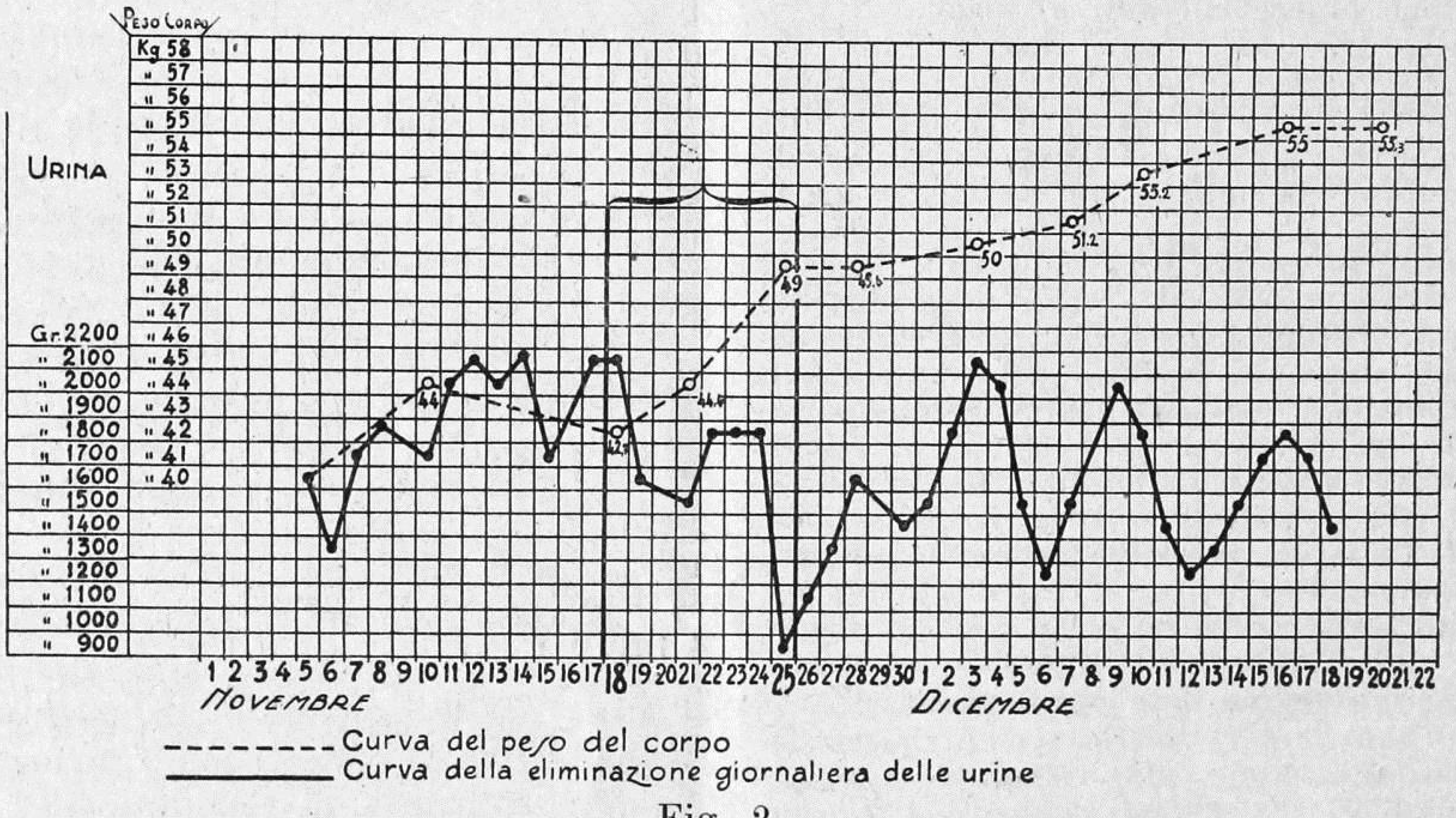


Fig. 2.

già conquistati. Questa diminuzione di peso si spiega col fatto che durante tale periodo il paziente è colpito da febbre e dolenzìa maggiore alla regione della cistifellea, con sintomi lievi di porpora, e col fatto che viene sospesa la cura insulinica per fenomeni ipoglicemici. Col giorno 18 novembre, in cui si riprende la cura insulinica, si nota subito un rapidissimo miglioramento: difatti dal 18 al 25 novembre

Con questa opinione va d'accordo l'osservazione clinica: si è visto difatti in pochi giorni, in rapporto all'aumento del peso, il malato cambiare di figura; la sua faccia stirata, disseccata, prende un aspetto florido, pieno, fresco. Le sue membra flaccide, scarnite, aumentano di volume e prendono l'elasticità turgida dei tessuti giovani. La flaccidità e le pieghe che si constatavano, sono rimpiazzate dalla sensa-

zione di pelle ripiena e tesa. Questa trasformazione è senza discussione dovuta a ritenzione di acqua, ad una replezione liquida dei tessuti. La curva della eliminazione giornaliera delle urine ce ne dà la conferma (fig. 2).

Da tale grafica appare ben manifesto il rapporto tra aumento del peso e diminuzione della diuresi, nel periodo che va dal giorno 18 al 25 del novembre stesso: periodo in cui il nostro paziente — come abbiamo veduto — sale da kg. 42,700 a kg. 49, aumentando cioè in 7 giorni di kg. 6,300. Si vede chiaramente come la eliminazione giornaliera di urina da gr. 2,100 (giorno 18 nov.), scende progressivamente fino a gr. 900 (giorno 25 nov.), lo stesso giorno che il peso segna kg. 49.

Pertanto siamo indotti a ritenere che allo inizio della cura insulinica si è avuto una fase di ritenzione di acqua, di una replezione liquida dei tessuti; e a questa prima fase di ritenzione e di accumulo è seguìta una seconda fase d'assimilazione intensificata. E' durante questa seconda fase che il paziente sente ritornare le proprie forze, mentre nella prima fase il paziente, non ostante l'aumento di peso del corpo, accusa un senso crescente di debolezza.

Abbiamo aggiunto alla cura insulinica piccole dosi di adrenalina al millesimo *per os*: 30 gocce *pro die*. Questo può sembrare un paradosso in quanto che l'adrenalina ha un effetto contrario all'ormone pancreatico. A ciò siamo stati indotti in considerazione della bassa pressione arteriosa del soggetto (Pachon mm. 95; mi. 60), e dal proposito di evitare fenomeni ipoglicemici. Sappiamo di fatti come il Marañon in due casi di morbo di Addison trovò che l'insufficienza surrenale crea evidentemente uno stato di sensibilità per l'insulina, in modo che dosi inoffensive di questa provocano accidenti gravi ed anche mortali negli addisoniani.

Si potrebbe pensare che l'azione dell'adrenalina nel nostro caso, oltre ad avere evitato fenomeni di ipoglicemia, abbia potuto rafforzare l'azione dell'insulina sul ricambio idrico. L'azione dell'adrenalina è intimamente legata colla funzione del sistema simpatico e perciò non può essere nettamente separata da quella nervosa. Non di meno alcuni fatti parlano per una sua influenza diretta sul ricambio idrico. L'introduzione di adrenalina frena la diuresi e la sudazione per un periodo di tempo assai più lungo di quello durante il quale si verifica la costrizione vasale e perciò si può ammettere che l'adrenalina diminuisca l'eliminazione dell'acqua anche indipendentemente dalla riduzione del letto circolatorio del rene (Morpurgo). Sul rene isolato difatti l'azione è nettamente di blocco ed inibisce fortemente la diuresi (Pentimalli e Quercia).

Contrariamente a molti autori noi abbiamo usato dosi piccole di insulina (20 unità in due volte); abbiamo in tal modo potuto continuare il trattamento per 45 giorni con effetto sorprendente; così, mentre nella letteratura troviamo colla cura insulinica un aumento di peso in ragione di un chilo e di un chilo e mezzo per settimana in media, noi in circa 45 giorni abbiamo ottenuto un aumento di kg. 15 (cioè kg. 2 1/2 alla settimana in media).

L'effetto si è prolungato oltre la cura insulinica: il paziente dal giorno 15 dicembre, in cui si sospende la cura insulinica, al giorno 21 dicembre, in cui viene dimesso dal reparto, cresce ancora di gr. 700. Riveduto il 10 gennaio 1930 è ancora cresciuto di peso: ha raggiunto kg. 57.800; le condizioni generali sono ottime, conservato l'appetito, le forze sono ritornate al normale. Riveduto ancora nel mese di aprile, le condizioni del peso e generali sono ottime e l'appetito è conservato.

Le deduzioni più interessanti che si traggono dal caso da noi osservato si riferiscono al beneficio della cura insulinica negli stati di dimagramento consecutivo a colelitiasi biliare. Tali dimagramenti, partendo dal concetto che sono legati ad una pancreatite sclerosa, vengono curati colla somministrazione di fermenti della secrezione esterna del pancreas, con scarso beneficio. Nel caso in discorso non abbiamo trovato alterazioni nel disturbo dei grassi tali da rendere evidente una pancreatite sclerosa; sicchè dovremmo tirare una deduzione importante: che, cioè, non tutti questi dimagramenti sono legati ad una alterazione del pancreas. A meno che vogliamo pensare, data la frequenza della pancreatite sclerosa nei colelitiasici dimostrata dai chirurgi, che vi sieno state lesioni minime, sì da non dare segni clinici manifesti. Abbiamo più sopra visto come le alterazioni vanno da quelle che determinano tumori voluminosi palpabili anche all'esterno (Mayo-Robson) a quelle puramente microscopiche. Ma non dovrebbe essere sufficiente allora la funzione vicariante della secrezione salivare e dello stomaco?

E sembra a prima vista un paradosso se ammettano una pancreatite sclerosa, di voler curare tale processo morboso con la insulina, mentre l'alterazione è a carico della secrezione esterna del pancreas. Ma le sopracitate espe-

rienze di Monteleone ci dimostrano l'importanza della insulina anche sulla sezione esterna del pancreas, in quanto aumenta l'attività degli enzimi, di cui essa è costituita. Aumento di attività che riguarda indistintamente tutti e tre i fermenti.

Non possiamo che fare delle ipotesi alla domanda se tali dimagramenti siano sempre in rapporto ad una pancreatite sclerosa o ad alterazione di altri organi; e quale sia il meccanismo di azione dell'insulina in tali casi. Abbiamo riportato i numerosi fattori invocati dagli autori per spiegarne l'azione favorevole negli stati di dimagramento; altri fattori potrebbero esserci ancora ignoti.

Resta indiscutibile il vantaggio sorprendente ottenuto nel caso da noi osservato, di modo che una nuova indicazione balza evidente; noi consigliamo la cura insulinica negli stati di dimagramento consecutivi a colelitiasi.

RIASSUNTO.

L'A., dopo breve rassegna sulla cura insulinica negli stati di dimagramento in genere, riferisce di un caso di dimagramento impressionante (perdita kg. 20) consecutivo a colelitiasi, trattato con la cura insulinica a piccole dosi: 20 unità *pro-die,* in due volte.

Il risultato veramente sorprendente: aumento di kg. 17.800, con un ritorno delle condizioni generali quasi allo stato normale, induce l'A. a consigliare in tali dimagramenti la cura insulinica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sezione Chirurgica dell'Ospedale G. B. Morgagni in Forlì
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI

Sul foruncolo del rene

per il dott. PIETRO EMILIANI, assistente.

Credo utile descrivere due casi di foruncolo del rene sia per la non frequenza della forma morbosa, sia per la diagnosi delicata, sia infine per le conseguenze che detta affezione può produrre.

Il foruncolo del rene è con la nefrite suppurativa acuta (o nefrite apostematosa dei tedeschi) e l'ascesso del rene un processo settico del parenchima renale. Processi settici acuti che rappresentano dal punto di vista etiologico e patogenetico un'unica entità. Infatti sono prodotti dai comuni piogeni (streptococchi, stafilococchi, *bacterium coli,* ecc.). Smirnow cita tre casi di foruncolo renale, espressione di una complicanza influenzale.

Sono spessissimo forme metastatiche prodotte da emboli micotici che si distaccano dai più svariati processi settici della pelle e delle mucose.

Come causa predisponente può trovarsi un trauma. I germi della suppurazione pervengono al rene più che per via linfatica o per via ascendente, trasportati dal sangue. Se sono molto abbondanti formano piccoli emboli otturanti i vasi glomerulari e i capillari intertubolari. Il processo all'inizio è intravascolare e si giunge così alla formazione dell'infarto settico cuneiforme, con la base verso la superficie esterna, e l'apice verso il bacinetto. La parete dei vasi si necrotizza, la necrosi si diffonde al connettivo interstiziale. Alla periferia di questa zona necrotica si forma un fitto vallo di linfociti. Tutto intorno insorge una infiammazione reattiva. Gli epiteli subiscono la degenerazione granula-grassa, il connettivo si distrugge. L'interno del focolaio è compenetrato da corpuscoli purulenti e il tessuto fluidificato. Ecco anatomo-patologicamente il foruncolo del rene.

Quale dunque la differenza fra nefrite apostematosa, ascesso renale e foruncolo renale?

La differenza sta nel numero e la grandezza dei vasi colpiti. Se viene otturato da un embolo un unico vaso grande si formerà il foruncolo del rene; se gli emboli saranno multipli e andranno ad occludere piccoli vasi si avrà la forma apostematosa.

Il foruncolo si forma sempre nella corticale; varia dalla grandezza di un pisello a quella di un uovo di piccione. Questa tumescenza fluttuante protunde dalla superficie liscia della corticale, circondata da un alone rosso. Il foruncolo può riassorbirsi e sparire con esito di cicatrice. L'infiammazione purulenta può progredire verso la midollare, sboccare nel bacinetto e dar luogo ad una pielonefrite. Ma l'esito di gran lunga più frequente è quello della formazione di una raccolta purulenta nella loggia renale. Perciò onde evitare queste gravi complicanze (ascesso pararenale-pielonefrite-nefrite suppurativa) necessita fare precocemente diagnosi di foruncolo del rene.

Fino a che il pus è circoscritto nulla ci dirà l'esame chimico e microscopico dell'urina. L'esame radiologico e pielografico serviranno solo ad escludere una calcolosi renale. Mentre di una certa utilità può essere il pneumoradiogramma eseguito prima che intervengano complicanze perinefritiche. La febbre quasi sempre ha il carattere della febbre settica, con brivido.

Grande importanza deve darsi alla dolorabilità locale: spontanea o provocata. Un sistema molto utile è quello di porsi dietro l'ammalata seduta e fare con l'estremità delle dita una modica pressione sulla regione lombare, specie subito all'esterno del muscolo quadrato dei lombi, dove cioè il margine laterale del rene si rende più superficiale. Sarà così facile trovare una zona molto limitata dove tale pressione provocherà un dolore intenso. Viva la difesa muscolare, l'assenza di un sintomo patognomonico rende la diagnosi molto difficile e possibile solo quando si esamini l'ammalato ripetutamente e attentamente e si faccia una diligente anamnesi. Processi acuti di organi toracici e addominali limitrofi debbono essere presi in considerazione prima di emettere un giudizio definitivo.

Pleurite: La forma essudativa si può con facilità escludere con l'esame fisico. Pleurite secca e pleurite diaframmatica: l'anamnesi, il carattere della febbre, il dolore puntorio nelle profonde inspirazioni, la tosse, possono escludere una lesione renale.

Appendicite: L'appendicite e le lesioni periappendicolari possono pure essere confuse. L'errore è più facile quando si è di fronte ad una appendice retrocolica o sottoepatica. Per la diagnosi differenziale con la calcolosi delle vie biliari e urinarie si dovrà tener presente il carattere recidivante di queste due malattie. La sede del dolore: il dolore della colica renale si irradia inferiormente lungo il decorso dell'uretere e alla radice della coscia. Il dolore cistico si irradia avanti verso la regione epigastrica e in alto verso la scapola. L'idropionefrosi: l'anamnesi, l'esame delle urine, l'esistenza di un tumore lombo-addominale costituiscono la base della diagnosi.

La para- e perinefrite suppurativa: la durata della malattia e l'edema delle parti molli della regione lombare, il dolore non localizzato ma diffuso a tutta la regione. Per il trattamento quello medicamentoso per via orale o endovenosa non è sicuro. È solo certo il trattamento chirurgico quello che può dare, se è eseguito prima che sopravvengano complicanze, una rapida guarigione con *restitutio ad integrum*. Rosenstein ha ottenuto la guarigione con questo procedimento: messo allo scoperto il rene con taglio lombare lo lussa e vi separa la capsula. Con una siringa produce una imbibizione nella sostanza renale mediante soluzione di rivanolo al 2 %. Indi ripone il rene, lasciando un piccolo drenaggio.

Solieri ha ottenuto la guarigione mettendo allo scoperto il rene, incidendo con una incisione a croce il foruncolo, causticando con cloruro di zinco al 5 %, drenaggio.

CASO I. — S. G., da Villanova (Forlì), di anni 18. Entra in Sezione il 3-IV-1930.

Nel gentilizio, nulla di notevole. La paziente che è sempre stata bene un giorno camminando a piedi scalzi si ferì ad un dito del piede. La ferita trascurata suppurò. Dopo appena cinque giorni da quel piccolo incidente fu colta da un dolore improvviso alla regione del fianco destro con brivido cui fece seguito una rapida ascesa della temperatura (39°,5). Polso piccolo e frequente, non vomito, non singhiozzo, alvo e minzione regolare.

Nulla nell'apparato respiratorio. Addome trattabile; solo un lieve dolore si provocava alla palpazione profonda del quadrante superiore destro.

Colla palpazione bimanuale del rene si avvertiva il polo inferiore dell'organo. La palpazione invece eseguita a malata seduta — colla estremità delle dita — a mano estesa, nella regione lombare e più precisamente nell'angolo formato dal margine esterno del muscolo quadrato dei lombi e dalla ultima costa, provocava un dolore acutissimo, limitato ad una piccola area.

Esame chimico e microscopico dell'urina eseguito ripetutamente nulla di patologico mise in evidenza.

Esame morfologico del sangue: leucocitosi: 12.000. Nulla all'esame radiografico. Il mio Maestro prof. Solieri fece diagnosi di foruncolo del rene destro.

Operazione il 6-IV-30 alla presenza di numerosi medici. Narcosi eterea. Incisione lombare. Al taglio degli strati muscolari si riscontrava grave congestione. La capsula adiposa è edematosa. Scoperto il rene, sul lato esterno verso il suo polo superiore si riscontra una intumescenza

della forma e del volume di una noce, fluttuante.

Con puntura esplorativa si dà esito a pus giallo cremoso. Incisione a croce della intumescenza, causticazione col cloruro di zinco 5%. Drenaggio. La tumescenza è unica. La ferita si chiude in breve tempo, l'ammalata non ha mai più accennato disturbi alle vie urinarie. Le urine si sono sempre mantenute normali. La degenza in Ospedale fu prolungata da una pleurite essudativa destra secondaria. Il liquido ripetutamente estratto dimostrò essere un essudato citrino privo sempre di elementi purulenti.

CASO II. — R. D., da Forlimpopoli, di anni 37. Nulla nell'anamnesi famigliare remota. La paziente convalescente di un processo influenzale delle prime vie aeree fu colta improvvisamente da un forte dolore alla regione lombare destra con brivido e temperatura elevata. Non tosse, non escreato, addome libero, alvo e minzione regolari.

Dopo un diligente esame dell'ammalata il dott. Morelli, chirurgo dell'Ospedale di Forlimpopoli, fece diagnosi di foruncolo del rene destro. La diagnosi fu confermata dal prof. Solieri consulente. Si soprassedette all'intervento chirurgico per desiderio della paziente. Dopo sei giorni di temperatura elevata con brivido, di dolore intenso nella regione del fianco destro la febbre si abbassò notevolmente, il dolore diminuì di intensità e l'ammalata notò un miglioramento. Da questo momento però entra in scena un fatto nuovo e di grande importanza: le urine che si erano mantenute limpide e prive di elementi anormali si fecero torbide per la presenza di pus.

Il foruncolo aveva progredito verso la midollare fino a sboccare nel bacinetto e dar luogo ad una pielonefrite. La malata guarì con cure mediche nel periodo di 50 giorni.

Le urine ritornarono grado grado del tutto normali.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver parlato della etiologia e patogenesi di una delle forme settiche del rene meno conosciute, si intrattiene sui segni clinici che possono condurre ad una diagnosi precoce del foruncolo renale.

Sostiene l'utilità della cura chirurgica che, se è eseguita precocemente può evitare complicanze serie e talvolta mortali.

Cita due casi, di cui uno curato chirurgicamente e guarito in breve tempo, l'altro, trattato con cure mediche, sboccò in una pielonefrite.

BIBLIOGRAFIA.

HANS KÖHLER. *Ueber Nierenkarbunkel*. Zentralblatt f. Chirurgie. Recensione BRANCATI, Policlinico, Sezione pratica, n. 27, anno 1930.

LEGUEU. *Trattato di Urologia*.

MARION. Ibid.

KAUFMAN E. *Trattato di anatomia patologica speciale*.

NICOLICH. *Trattato di urologia*.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Lo studio dell'equilibrio acido-base con l'analisi dell'urina.

(GOIFFON. *Presse Médicale*, 13 sett. 1930).

Numerosi sono i metodi per apprezzare quantitativamente l'orientamento degli umori verso l'acidosi o l'alcalosi. I loro vantaggi sono noti; poco conosciuti sono invece i loro inconvenienti. Il pH o acidità ionica del sangue varia poco; inoltre la sua misurazione, delicata, deve essere molto precisa per avere significato. La misurazione del CO^2 alveolare sarebbe esatta e facile se non esigesse una collaborazione intelligente del malato. La riserva alcalina o tasso del bicarbonato del sangue è istruttiva ma presenta qualche difficoltà per il prelevamento del sangue e per il dosaggio. Tutti questi metodi poi forniscono delle indicazioni solo su uno stato momentaneo del sangue e non dànno alcuna indicazione nè sulla forma dello squilibrio, nè sui suoi fattori. Infine occorre che le alterazioni dell'equilibrio acido-base possano essere apprezzate facilmente in tutti i casi e da tutti.

Per questi motivi l'A. si è rivolto allo studio dell'urina da questo punto di vista. Naturalmente i dati avranno valore solo se il rene sarà sano. Allora l'urina è una immagine assai esatta dello stato di equilibrio acido-base del sangue.

Dati dell'analisi. Le urine sono raccolte durante 24 ore, con aggiunta di toluolo, e conservate in ambiente fresco. Gli elementi ricercati sono il pH, l'acidità di titolazione, l'ammoniaca, i fosfati. Il dosaggio dell'urea permette di paragonare questi diversi elementi con la massa dell'alimentazione azotata. Infine un calcolo semplice permette di apprezzare la quantità di basi fisse legate agli acidi deboli.

1. Il *pH*, rappresenta la misura della quantità per litro di ioni H dissociati. Questa concentrazione è un risultato globale di parecchi fattori: non solamente essa varia con la massa degli acidi eliminati, ma ancora con la proporzione degli acidi che sono stati neutralizzati; essa dipende dalla qualità di questi acidi e della forza delle basi che ne neutralizzano una parte; essa è piuttosto un indice di equilibrio che di quantità, e varia poco con le diluizioni, dunque con la diuresi. La misura del pH non apprezza che grossolanamente lo sforzo renale nella regolazione dell'equilibrio acido-base. Bisogna dunque determinare ciascuno degli elementi dell'acidità.

2. *Acidità totale* (AT). È necessario titolare volumetricamente la quantità degli ioni H, siano o non dissociati, che eccedono l'alca-

linità del sangue (pH 7,37). Si ottiene così *l'acidità di titolazione* (A).

Ma non tutti gli acidi sottratti all'organismo sono realmente misurati da A. Una parte più importante ancora è emessa allo stato di sali ammoniacali. Dobbiamo dunque addizionare il loro tasso a quello degli acidi liberi. Noi lo faremo facilmente calcolando gli acidi liberi e l'ammoniaca (*acidità formolo* AF) in centimetri cubi di soluzione decinormale. Avremo così ciò che Fitz e Van Slyke chiamano *l'acidità totale* AT (A + AF). AT rappresenta la totalità degli acidi separati dalle loro basi dal rene.

3. Il rene separa, per eliminarlo, il radicale di un acido debole dalla base alla quale è unito nel sangue; questa base (Mg, Na, K, Ca) resta nel sangue dove arricchisce la riserva alcalina; il radicale così dissociato (fosforico, urico, ecc.) è eliminato con l'urina sia allo stato di acido, sia come abbiamo visto, allo stato di sale ammoniacale.

Ora, questi *radicali di acidi deboli* (R) in AT sono misurati solo per i loro cationi (in RH o RNH^4 noi non abbiamo misurato che H e NH^4). Noi non sappiamo di quale natura essi siano: fosfati acidi, acido urico, lattico, β-ossibutirrico, ecc. Possiamo praticamente dividerli in due gruppi: *gli acidi fosfotici e gli acidi organici.* Noi possiamo dosare a parte questi due gruppi che chiamiamo AP e AO; essi sono misurati ugualmente in centimetri cubi di soluzione acida decinormale.

Infine nelle urine alcaline o ipoacide bisogna misurare l'acido carbonico dei bicarbonati, CO^2.

4. *Radicali basici.* Se tutti questi radicali acidi sono eliminati allo stato di acidi liberi o di sali ammoniacali, la loro somma sarà equivalente ad AT. Ora, avviene frequentemente che molti di essi siano eliminati allo stato di sali, come esistono nel sangue, senza essere stati separati dalla loro base. In queste condizioni la somma AP + AO + CO^2 (che chiamiamo RA o somma dei radicali acidi) sarà più forte di AT. La differenza sarà precisamente la misura dei radicali basici (RB), legati agli acidi deboli.

È la distruzione delle sostanze albuminoidee che produce la maggior parte delle sostanze acide nell'organismo. Si può d'altra parte considerare l'escrezione urinaria dell'urea come corrispondente alla quantità di albuminoidi distrutti. La formazione e l'eliminazione degli acidi urinari dovrà dunque essere proporzionata alla massa dell'urea (urea e ammoniaca dosate in blocco con l'ipobromito). Nello stesso individuo il rapporto fra l'acidità urinaria (AT) e il tasso in grammi dell'urea (U) o AT/U è sensibilmente costante. I fattori di questa acidità sono anch'essi in relazione diretta con l'urea. Così è costante il rapporto fra fosfati e urea (AP/U), e il tasso degli acidi organici varia con quello dell'escrezione urinaria (AO/U). Un altro rapporto interessante è AP/AT o rapporto acido-fosfaturico, che dimostra la parte che prendono i fosfati nell'acidità totale urinaria.

I valori degli elementi dell'equilibrio acidobase dell'urina si possono stabilire così (in cc. di soluzione N/10 nelle 24 ore):

pH, da 5 a 8; AT, da 700 a 1000; AO, da 500 a 700; AP, da 250 a 350; RB, da 75 a 200; AP/U, da 9 a 12; AP/AT, 35 %; AT/U, da 30 a 40; AO/U, da 25 a 35.

Significato clinico di questi dati. — 1) Il pH è una indicazione globale per l'orientamento dell'acidità. E' sopratutto interessante constatare il suo abbassamento anormale quando il tasso dell'acidità totale non è eccessivo. L'A. ha constatato frequentemente questa anomalia nei tubercolotici polmonari. In questi casi esiste una proporzione insufficiente di acidi neutralizzati dall'ammoniaca; poichè il pH risulta da un rapporto definito fra gli acidi dell'urina ed i loro sali una quantità troppo debole di sali ammoniacali provoca un abbassamento del pH. La regolazione renale è stata imperfetta da questo punto di vista.

2) Non si traggono delle indicazioni utili dallo studio isolato dell'acidità di titolazione A e dell'acidità neutralizzata dall'ammoniaca AF; solo il paragone fra questi due dati può indicare, come or ora si è visto, una insufficienza della fabbricazione renale dell'ammoniaca in rapporto alla quantità di acidi emessi. Normalmente A non è che il 40-60 % di AF; a partire da 80 %, e a più forte ragione se A è maggiore di AF, si può ammettere una insufficienza renale da questo punto di vista.

3) Al di fuori di questi casi, occorre considerare sopratutto le variazioni della somma di questi due fattori, cioè dell'acidità totale AT, la quale misura il sovraccarico acido del sangue o al contrario la sua tendenza all'alcalinità.

Una chetosi diabetica può fornire dei valori enormi di AT: 5000 cmc. e più. Altri casi di acetonuria (chirurgica, p. es.) possono, al contrario, presentare valori normali di AT. Malgrado la presenza ed anche l'abbondanza dell'acetone non si può allora parlare propriamente di acidosi.

Un'acidosi moderata (1.200-1.500 cmc.) può esser dovuta unicamente all'abbondanza della alimentazione albuminoidea. Ma allora il rapporto AT/U sarà normale; l'acidosi, reale, non sarà causata da un turbamento del metabolismo.

In certi casi in cui AT è assai debole (600 cc.) e l'alimentazione azotata ristretta, si potrà osservare un rapporto AT/U elevato. Sarà allora legittimo ricercare in un turbamento del metabolismo la ragione di questa acidità; per poco elevata che essa sia, essa non-

dimeno eccede quella giustificata dal consumo di azoto.

4) Il tasso dei fosfati AP è considerato globalmente, a titolo di radicali in cui il fosfato monobasico è l'acido ed il fosfato bibasico la base. L'A. ha dimostrato il significato possibile di un'acidosi dovuta sopratutto ai fosfati nel senso di alcalipenia. Ad un tasso definito di acidità totale deve corrispondere un tasso proporzionale dei fosfati; quando questo rapporto (AP/AT) è inferiore alla norma (da 30 a 70), vi è insufficienza dell'organismo e alterazione della regolazione acido-base. L'A. con Blasko ha constatato che in tutti i tubercolotici polmonari che presentano un rapporto inferiore a 20 la monte è imminente.

5) Il dosaggio degli acidi organici AO è una delle acquisizioni più preziose della semeiologia urinaria. La loro sorgente normale è la degradazione delle albumine; nè gli acidi organici ingeriti (frutta) nè gli acidi della fermentazione intestinale modificano realmente il loro tasso. Pertanto il rapporto AO/O permette di apprezzare le variazioni dovute ad alterazioni del metabolismo. L'aumento degli acidi organici è dovuto ad imperfetta combustione. Allo stato patologico gli acidi organici sono aumentati nella tubercolosi polmonare, nella polmonite, in certe anemie gravi. In certi obesi l'A. ha trovato ugualmente un aumento del rapporto AO/U, così come in alcuni epatici. L'alcalosi è una delle cause frequenti di accrescimento dell'aciduria organica. L'A. attribuisce questo fatto ad una insufficienza della ventilazione dovuta all'alcalosi. Per interpretare un aumento del tasso di questi acidi bisognerà distinguere due casi: o l'acidità totale AT è elevata, e allora bisognerà ammettere che sia l'eccesso degli acidi organici che provoca l'acidosi; o AT è abbassato, ed allora bisognerà pensare che l'aumento degli acidi organici è secondario alla tendenza all'alcalosi, che contribuisce a compensare.

6) I bicarbonati (CO^2) sono eliminati sopratutto nelle urine alcaline. È l'eccesso della riserva alcalina dei bicarbonati del sangue che passa così in natura nelle urine.

7) Riguardo ai radicali basici (RB) abbiamo visto che i radicali alcalini legati agli acidi deboli nel sangue possono essere separati per l'attività propria del rene. Le basi vengono così conservate nel sangue ove arricchiscono la riserva alcalina e sono in gran parte eliminate dall'intestino. Ora, l'A. con Mondzain-Lemaire ha visto che più le feci contengono alcalini legati a basi deboli, meno grande è il valore dei radicali basici RB nelle urine e viceversa. Il valore dei radicali basici RB può dunque essere un indice prezioso dell'attività o del torpore delle ghiandole a secrezione alcalina che si versano nell'intestino. A regime uguale, l'aumento di RB sarà l'indice di una escrezione intestinale insufficiente, il suo abbassamento potrà essere il segno di una ipersecrezione.

Le variazioni di ciascuno di questi elementi rispetto agli altri sono assai numerose e possiedono tutte un significato. Il tipo di analisi di urina descritto si dimostra dunque ricco di indicazioni. Non solo esso definisce, quando il rene è sano, lo stato del sangue, ma indica ancora le modalità e le cause del disquilibrio eventuale. Inoltre lo studio dei fattori dell'equilibrio acido-base urinario viene singolarmente chiarito dal confronto che è possibile fare con gli altri fattori.

TOSCANO.

Sui caratteri umorali dello stato canceroso e precanceroso e sulla loro importanza patogenetica.

(REDING e SLOSSE. *Journ. d. chir.* e *Ann. d. la Soc. Belge d. Chir.*, n. 8, 1929).

Al fine di precisare alcuni caratteri dello stato umorale canceroso e precanceroso, e di determinarne l'importanza patogenetica, gli AA. hanno studiato, in diversi gruppi di malati e nei loro consanguinei, il pH, la riserva alcalina, il contenuto in calcio-ioni e il meccanismo glico-regolatore del sangue.

Il lavoro si basa su circa 600 osservazioni ripartite nei seguenti gruppi:

1) *Controlli*, riguardante individui normali con eredità indenne.

2) *Cancerosi non trattati*. Con l'iperglicemia provocata hanno osservato un aumento del tasso glicemico notevolmente maggiore che nei controlli e un ritorno alla norma molto rallentato.

Il pH tende all'iperalcalosi. La R. A. normale. I calcio-ioni in diminuzione marcata.

3) *Cancerosi operati*: uguali risultati che nei portatori di tumori. Le alterazioni umorali dei cancerosi, quindi, non sono dipendenti dal tumore.

4) *Tumori benigni precancerosi*: nella maggior parte dei casi risultati uguali a quelli dei cancerosi. Quindi è da credere che le alterazioni umorali precedono la trasformazione maligna.

5) *Consanguinei diretti dei cancerosi*: in più del 50 % dei casi hanno trovato le stesse alterazioni umorali dei cancerosi.

Gli AA. hanno studiato le condizioni umorali sotto l'influenza dei raggi X e hanno trovato: nei *cancerosi guariti* manifesta tendenza alla normalizzazione. Tale tendenza è meno netta nei *cancerosi migliorati;* mentre nei *cancerosi con recidiva* e nei *cancerosi aggravati* hanno riscontrato le stesse alterazioni umorali dei cancerosi non trattati.

Quanto all'interpretazione dei fatti constatati, gli AA. pensano che le alterazioni umorali suddette siano un disturbo essenziale nella

patogenesi del cancro. È stato dimostrato infatti che l'alcalinità e gli ioni monovalenti K e Na favoriscono la moltiplicazione cellulare, mentre l'acidità e gli ioni bivalenti Mg e Ca la inibiscono.

Fra la concentrazione in H-ioni e quella in Ca-ioni esiste un rapporto costante espresso dalla formula di Rona e Takahashi.

Un pH iperalcalino coincide con una diminuzione dei Ca-ioni e viceversa una caduta del pH si accompagna a iperalcemia. Essendo noti i rapporti fra metabolismo del calcio e paratiroidi, gli AA. hanno studiato gli effetti della somministrazione di estratto paratiroideo e hanno ottenuto i seguenti risultati: abbassamento dell'alcalosi e tendenza del pH a ritornare alla norma. Tale tendenza si osserva anche a distanza di un anno dopo il trattamento; si verifica solo nei casi a pH iperalcalino e l'abbassamento, anche con dosi massive, non va mai al di sotto delle cifre normali. Il tasso calcemico si eleva. L'estratto paratiroideo non ha efficacia sulle alterazioni del meccanismo glico-regolatore. Il ritorno del pH e della concentrazione in calcio-ioni alla norma sono condizioni necessarie, ma non sufficienti da sole, per produrre la guarigione spontanea di un tumore maligno.

Gli AA. concludono sottolineando l'importanza dei disturbi umorali suddetti nella patogenesi del cancro. La ricerca di tali alterazioni ha un gran valore per la diagnosi precoce e per la diagnosi di predisposizione. La medicazione paratiroidea potrebbe costituire un mezzo per diminuire nei predisposti e negli operati il rischio dell'insorgenza o della recidiva di un tumore maligno. G. Pacetto.

La reazione all'adrenalina del territorio vasale dei tessuti infiammati.

(M. Giannotti. *Arch. Scienze Med.* n. 20, agosto 1930).

E' noto che in un tessuto infiammato esiste una maggiore essudazione; alcuni autori avevano notato che facendo delle iniezioni di adrenalina veniva a diminuire l'essudazione, e quindi il dolore.

Tale effetto era messo in rapporto con l'azione vasocostrittiva propria dell'adrenalina.

Questa azione dell'adrenalina sui vasi di tessuti infiammati non era ammessa da tutti, e ricerche sperimentali in proposito avevano fatto notare che l'adrenalina non aveva nessun effetto sui vasi di tali tessuti, se l'infiammazione era molto intensa.

A dirimere la controversa questione vengono le ricerche del Gianotti, il quale si è proposto di ricercare la reazione vasale adrenalinica di un tessuto infiammato, paragonandola con quella ottenuta in un tessuto integro. A tale uopo si è servito del metodo di Bissemsky, modificato da Rieschbieter e Krawkow, che si vale della perfusione del padiglione dell'orecchio isolato di coniglio.

Gli esperimenti comparativi fatti su due orecchi normali ha mostrato che le reazioni all'adrenalina del territorio vasale dei due orecchi sono tra loro corrispondenti.

Per provocare sperimentalmente l'infiammazione nell'orecchio sono state usate pennellazioni di olio di croton puro sec. la tecnica di Rosenow.

Gli esperimenti eseguiti in orecchi infiammati sono stati otto; da essi risulta molto evidente che sotto l'azione dell'adrenalina si ha sempre una vasocostrizione nell'orecchio infiammato; però tale vasocostrizione è stata sempre meno intensa che nell'orecchio integro, e con un comportamento non ugualmente costante tra i diversi esperimenti.

La diminuita vasocostrizione nel tessuto infiammato dipende probabilmente da un'alterazione dell'elemento contrattile, senza che sia possibile escludere che intervenga nel determinismo del fenomeno anche un innalzamento della soglia di eccitamento della giunzione neuro-muscolare.

Carusi.

MALATTIE VENEREO-LUETICHE.

Il linfogranuloma inguinale. (Quarta malattia venerea).

(E. Reale. *Morgagni*, 37, sett. 1930).

Il linfogranuloma inguinale, o quarta malattia venerea, è stata descritta nel passato sotto varie denominazioni, che hanno reso più facile la confusione e l'incertezza su questa forma morbosa. Ricordiamo le diverse denominazioni sotto cui fu descritta: l'infoadenite inguinale subacuta, poroadenite suppurata benigna, adenite inguinale semplice a focolai purulenti intragangl ionari, linfoadenite granulomatosa non tubercolare « strumoser Bubo ».

L'etiologia del l. i. è stata considerata diversamente dai singoli autori; nel passato fu creduto di natura luetica; in seguito Hunter lo considera di natura scrofolosa, e Record nel secolo seguente si associa a tale opinione, e crede sia un sintomo di una discrasia tbc.

Bisogna arrivare al 1890, epoca in cui Klotz riconosce una individualità speciale a tale infezione, negando ogni rapporto con la lue; Nélaton nello stesso anno conferma l'opinione che si tratti d'una malattia *sui generis*, indipendente dalla lue, dalla gonorrea e dall'ulcera molle; negli anni successivi il l. i. non trova maggiore sistemazione etiologica, e viene invocata di nuovo la natura tbc. o si ritengono responsabili i batteri della suppurazione (Brault), od è creduta di natura venerea (Durand, Nicolas e Favre nel 1913), o di-

pendente da cellule amebiformi, simili all'ameba coli (Ravaut).

Da quanto è riferito emerge che l'etiologia del l. i. è ancora incerta e discussa; sono importanti le ricerche condotte dal Gamma in Italia, il quale avrebbe intravisto dei corpuscoli speciali, sulla cui natura non è ancora detta l'ultima parola, ma che dal Gamma sono considerati di natura parassitaria.

Il l. i. o bubbone climatico è un'adenite inguinale benigna a decorso subacuto; colpisce di preferenza gli uomini, nel periodo dell'attività sessuale, e si manifesta con maggiore frequenza nella stagione estiva.

Le glandole inguinali, di preferenza quelle del gruppo supero-esterno, s'infiammano; sono poco dolenti, poco o nulla spostabili. La pelle, dapprima rossastra, assume in seguito la tinta viola-pallido, secondo alcuni caratteristica della malattia. I bubboni raggiungono la grandezza d'un grosso uovo o di un grosso limone.

La prima manifestazione dell'infezione consiste in una piccola erosione, che poi dà origine ad una specie di piccola ulcera, superficiale, a margini lievemente arrossati, secernente liquido sieroso. Questa ulceretta ha sede, in generale, nel solco balano-prepuziale, non è però sempre presente, e dev'essere differenziata dall'ulcera molle (reazione di Ito-Reenstierna), dall'ulcera luetica, dall'erpete genitale, dalle comuni balaniti, e da quelle piccole lesioni dei genitali osservate dopo il coito.

Il periodo d'incubazione è duplice: uno che va dal coito infetto alla comparsa della lesione, e l'altro dal coito al manifestarsi della tumefazione; non è però facile a determinarne la durata; si ammette qualche giorno per il primo, 3 o 4 settimane per il secondo.

Come esiti della malattia, o si ha una graduale regressione del bubbone, o la fusione, con l'apertura ed il vuotamento di pus denso, giallastro o verdastro; dopo lo svuotamento si può avere o una rapida guarigione, o lo stabilirsi di seni fistolosi.

Sintomi generali sono: la febbre a tipo remittente, che raggiunge 39-40°, l'anoressia, il dimagramento. Talora si sono osservate complicanze articolari, tumore di milza, eritema nodoso.

L'anatomia patologica è ancora incerta e controversa.

La diagnosi non è delle più facili, perchè può essere confusa con altre malattie, od adeniti, di cui abbiamo fatto cenno. Un mezzo per riconoscere il l. i. è costituito dalla reazione intracutanea di Frei, da molti ritenuta come specifica. La preparazione dell'antigene si fa diluendo 10-12 volte con soluzione fisiologica il pus prelevato sterilmente mediante puntura del bubbone, e tenendolo poscia in stufa a 60° per 2-3 ore. Di questo antigeno si inietta 1/10 di cm^3 per via intracutanea e con un ago sottilissimo; la reazione positiva è data da una papuletta rossa ed infiltrata, spesso circondata da un alone rosa-pallido.

La prognosi è favorevole.

La terapia è essenzialmente chirurgica, e dev'essere fatta tempestivamente. CARUSI.

L'attivazione della sifilide mediante la cura.

(J. SEQUEIRA. *The Lancet*, 21 giugno 1930).

L'A. afferma che non solo il trattamento non adeguato della lues col 914 e suoi derivati può produrre una arsenicoresistenza del treponema, ma anche la cura, specie se insufficiente, può attivare una sifilide latente.

Già McIntosh nel 1911 parlava di resistenza al 606. Le piccole dosi favoriscono la resistenza dello spironema all'arsenico.

Dopo 20 anni d'esperienza di terapia salvarsanica si può affermare che coll'arsenico solo la sifilide non si guarisce, se di guarigione si può parlare. Il maggior vantaggio degli arsenobenzoli è, secondo Warthin, quello di ridurre allo stato di latenza la maggior parte dei casi. La latenza può durare tutta la vita oppure può scomparire per esacerbazioni della malattia. Non si sa precisamente se questi ritorni di virulenza dipendano da modificazioni avvenute nello spironema o nell'organismo del malato; secondo Milian uno dei fattori è la stimolazione del treponema mediante la cura antiluetica e a questa stimolazione dà il nome di biotropismo.

Milian fa notare la differenza fra il suo biotropismo e il parassitotropismo e l'organotropismo di Ehrlich, che sono dei necrotropismi perchè tendono a distruggere o il parassita o l'ospite.

Il biotropismo si può notare in varie circostanze. Così l'A. vide prodursi un attacco di malaria dopo piccola dose di 914 somministrata come ricostituente in un paziente che non sapeva di essere malarico. Il 914 può anche stimolare l'attività di un'infezione streptococcica latente della gola, come il Sequeira osservò varie volte. Non si tratta di avvelenamenti da arsenico, perchè con dose maggiore il malato migliora. Il mercurio e il bismuto, e raramente l'arsenico, possono attivare germi della bocca e dare stomatite. Si sa anche che l'arsenico può stimolare lo sviluppo di infezioni stafilococciche e di herpes. Fra i preparati antiluetici non solo il 914, ma anche il mercurio e il bismuto possono avere effetti biotropici.

Iniezioni riattivanti di arsenobenzoli. Se una Wassermann è diventata negativa per mezzo della cura, una piccola dose di 914 dopo qualche mese è spesso seguita da reazione positiva (il momento più propizio per l'esame è verso il 14° giorno dall'iniezione riattivante) e la positività può durare qualche giorno o qualche mese e spesso cede a trattamento con forti dosi.

In casi in cui col mercurio si è ottenuta una reazione negativa, col 914 si può riattivare qualche focolaio non colpito dal mercurio e avere reazione positiva.

Anche un'infezione (polmonite influenzale, tifo) può riattivare la lues latente.

Conflitto fra rimedio e microbo: *reazione di Jarisch-Herxheimer*. Circa 30 anni fa Jadassohn e Jarisch hanno descritto l'intensificazione della roseola per iniezioni di olio grigio e più recentemente Herxheimer ha descritto l'esacerbazione di lesioni cutanee e mucose per il 606. La reazione fu descritta dal Milian per l'uso di bismuto. Dapprima la reazione di Herxheimer si interpretò come dovuta ad emissione di endotossine dal parassita, oggi si ritiene dovuta a stimolazione del parassita da parte di dose medicamentosa insufficiente. La reazione può esplicarsi solo con febbre, senza manifestazioni cutanee e mucose.

Ittero sifilitico o tossico? Certamente la lues dà facilmente lesioni epatiche, come pure certamente l'arsenico può danneggiare il fegato. Secondo Harrison nella lues del fegato gli arsenobenzoli sono nettamente controindicati, mentre secondo Milian nel 90 % dei casi di ittero durante la cura arsenobenzolica si tratta di attivazione di un'epatite luetica latente. Lafoucade, Fouguet e Nativelle riferiscono casi di ittero comparso durante cura mercuriale e bismutica.

Sifilide cardiovascolare: *blocco cardiaco*: secondo alcuni c'è un notevole aumento percentuale (dal 33 all'83 %) di lesioni aortiche da quando si usa il salvarsan. Anche le lesioni miocardiche sono frequenti.

Il blocco cardiaco è dovuto a lesioni luetiche e non all'arsenico.

Condizioni renali. L'albuminuria non controindica la cura.

Le neurorecidive sono più frequenti coll'uso degli arsenobenzoli, che con quello dei mercuriali, specialmente se l'arsenico è adoperato a piccole dosi.

L'A. conclude che la guarigione assoluta della lues è rara, che gli arsenobenzoli sono utilissimi nel provocare la latenza della malattia, che nei malati d'ambulatorio per lo più si usano dosi minori pel timore di incidenti che possano avvenire non in presenza del medico, il che facilita la riattivazione, la quale si può evitare colla politerapia (mercuro, bismuto e iodio) contemporanea. R. LUSENA.

Contributi sperimentali al problema della lues congenita.

(P. MULZER e C. F. HAHN. *Münch. med. Woch.*, 1930, n. 30).

In un articolo precedente (*Münch. med. Woch.*, 1929, n. 45) gli AA. avevano riferito come in una delle loro esperienze sui topi fosse loro riuscito di dimostrare la trasmissione della lues al prodotto dell'accoppiamento di due animali ambedue inoculati con virus luetico. In un altro caso si era potuto constatare la trasmissione della lues da un maschio sifilitico latente ad una femmina, col contatto sessuale. In ambedue i casi la dimostrazione dell'avvenuta infezione non si era avuta con la comparsa di manifestazioni poichè la sifilide decorre nei topi sempre in maniera latente, ma inoculando frammenti di organi interni di questi animali in testicolo di coniglio si era avuto al secondo passaggio un tipico sifiloma con spirochete. Ma queste osservazioni erano restate isolate, pur nelle numerose serie di esperienze praticate dagli AA. Essi perciò pensarono di rendere più dimostrative le loro esperienze, di servirsi cioè di un mezzo di dimostrazione più sensibile per accertare l'avvenuta infezione dei conigli inoculati con poltiglia di organi interni di topi sifilitici. Essi si servirono a questo scopo della reinfezione. È dimostrato che un coniglio inoculato di sifilide, non può più presentare, servendosi dello stesso stipite, un innesto positivo, purchè fra la prima e la seconda inoculazione sia trascorso un intervallo di parecchi mesi. Nel caso degli AA. appariva perciò giustificata la conclusione che conigli, nei quali l'inoculazione con materiale proveniente dai topi sifilitici aveva avuto esito negativo, dovevano tuttavia considerarsi infetti allo stato latente qualora una seconda inoculazione, praticata alla debita distanza di tempo, fosse rimasta senza successo. Servendosi di questo metodo gli AA. hanno dimostrato, sempre nei topi, che l'inoculazione degli organi interni di animali nati da femmine infette e da maschi sani nel testicolo di conigli sani non ha prodotto nè nel primo nè nel secondo passaggio manifestazioni apprezzabili. Ma gli stessi conigli si dimostrarono poi completamente refrattari alle inoculazioni successive di un ceppo virulento, completamente omologo al precedente; la prima inoculazione li aveva perciò infettati in maniera latente. Se ne deve concludere che la discendenza diretta di una femmina luetica e di un maschio sano è affetta da lues congenita. Nelle generazioni successive che si ottengono da questi animali la lues non è presente costantemente ma soltanto in qualche caso. E inoltre nelle successive gravidanze della stessa femmina infettata le probabilità che il prodotto del concepimento possa essere dimostrato sifilitico divengono sempre minori.

A differenza di quanto si era visto nelle prime esperienze riferite nel precedente lavoro (v. s.) la sifilide di origine esclusivamente materna non ha mai portato, nel successivo trapasso al coniglio, alla comparsa del sifiloma, ma se ne è potuto sempre e soltanto dimostrare l'esistenza col metodo della reinfezione. Non è però ancora possibile allo stato

attuale delle cose dire se questa differenza di comportamento vada attribuita ad una maggiore virulenza nel caso di una origine contemporaneamente paterna e materna dell'infezione, se cioè anche la sifilide paterna possa in qualche modo direttamente influenzare la la sifilide del feto.

In un'altra serie di esperienze gli AA. hanno veduto che l'infezione di femmine coperte da maschi sifilitici latenti è possibile ma non obbligatoria. La dimostrazione dell'avvenuto passaggio dell'infezione ai figli di queste coppie riesce soltanto nel caso che anche la madre, e non soltanto il padre, sia stato dimostrato infetto. Non vi sarebbe perciò, e i risultati delle esperienze su questi animali coincidono con quella che è ormai la convinzione clinica della maggioranza dei sifilografi, sifilide congenita senza sifilide materna.

MONACELLI.

PANCREAS.

Sulla necrosi pancreatica acuta.

(KERSCHNER. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 147, 1, 1929).

Nella clinica chirurgica di Praga diretta da Schloffer hanno operato dal 1910, 41 casi di necrosi pancreatica acuta. Dal 1910 al 1920 soltanto 3 casi e negli ultimi 8 anni 30 casi. Specialmente è notevole che durante il periodo bellico e subito dopo (1914-1920) non ne è stato osservato alcun caso. Ciò non può esser messo in rapporto con una diminuzione del numero degli interventi durante la guerra poichè le malattie acute venivano curate ugualmente. Piuttosto la spiegazione si deve ricercare in una scarsezza di idrocarbonati e di grassi. In quell'epoca furono notati molti casi di ernie strozzate per una diminuzione del grasso preperitoneale.

Quanta importanza abbia il grasso si desume dal fatto che su 41 malati 31 erano grassi (82,9 %). La spiegazione per l'alimentazione viene data dal fatto che durante l'introduzione di cibi molto grassi avviene una rapida abbondante secrezione biliare, come nella cura con olio, che può portare al passaggio di piccoli calcoli che si fermano nella papilla. Ma anche senza il passaggio di calcoli nelle forti secrezioni biliari lo sfintere di Oddi può chiudersi spasticamente per cui si innalza la pressione nelle vie biliari ed è possibile la penetrazione della bile nei dotti pancreatici.

Riguardo al sesso il femminile fu colpito in maniera maggiore del doppio (68,3 %) come ha visto anche Schmieden, ciò che si deve mettere in relazione col maggior numero di malattie epatiche nella donna. L'età è compresa nei casi riportati fra i 20 e 68 anni. In 38 casi fu trovata contemporaneamente una malattia della cistifellea o delle vie biliari. In 3 manca il reperto di autopsia. Dei 38, 14 erano affetti da calcoli del coledoco di cui 4 incuneati nella papilla, 23 presentavano colelitiasi e 3 colecistite con forte aumento di pressione della cistifellea e dei dotti biliari. In tutti i casi coesisteva una colangite.

Anche nella frequenza delle operazioni biliari si ha un comportamento uguale: negli anni 1910-1920 si osserva 1,2 % di interventi e negli ultimi 8 anni il 5,8 %.

Dai casi osservati appare chiara l'influenza delle affezioni biliari nella etiologia delle n. a. del pancreas; gli altri momenti etiologici invocati come fattori, ulcera duodenale, ascaridi, traumi, ecc., non ebbero alcun valore.

Non furono fatte ricerche sulle condizioni anatomiche della papilla ma in un caso fu osservato il dotto pancreatico tinto di giallo per 4-5 cm.

Bergmann ammetteva che l'estirpazione della cistifellea rappresentasse una disposizione alle malattie del pancreas perchè nei cambiamenti di pressione senza il ricettacolo, la bile può penetrare facilmente nel dotto pancreatico. Fra i casi riportati sono 2 che avevano subìto da un anno e mezzo la colecistectomia.

Il fattore infettivo-infiammatorio vi intervenne, ma le alterazioni necrotiche rimanevano in prima linea.

In alcuni casi da strisci e cultura del pancreas o di essudato peritoneale furono trovati dei cocchi. In un caso con reperto tipico di necrosi pancreatica si trovarono soltanto stafilococchi. Negli altri casi, specialmente in quelli operati precocemente, le ricerche batteriologiche rimasero sterili come ha visto Guleke. Il rinvenimento di batteri negli stadi ultimi può essere dovuto ad infezione secondaria e non ha importanza etiologica provenendo dall'intestino.

Con Gulek e Brutt l'A. crede che l'infezione non abbia importanza mentre sostiene che una bile infetta per colangite porta ad una più rapida attivazione del secreto pancreatico.

Nella maggior parte di questi malati si è avuta una storia di coliche biliari.

Dei 41 malati soltanto 6 vennero alla clinica nelle prime 12 ore, 2 alla fine delle 24; 10 al secondo giorno, 6 al terzo, 3 al quarto e 3 al quinto giorno.

Fra i segni clinici non mancò quasi mai il vomito di liquido biliare; spesso era presente un subittero e negli stadi ultimi una cianosi del viso e delle estremità, fredde. Il polso aveva per lo più 100-140 pulsazioni: era piccolo, la temperatura normale o subnormale raramente subfebbrile.

L'epigastrio si mostrò in genere fortemente contratto e dolente alla pressione con diffusione di dolore verso la cistifellea, l'ombelico o a sinistra di questo. In molti casi gli ammalati si lagnavano di dolori spontanei a sinistra, alla spalla, alla regione cardiaca, all'arco costale. Una volta i dolori erano violenti al rene

sinistro. In quasi tutti si aveva meteorismo della parte alta o di tutto l'addome; spesso ileo completo o per i soli gas.

Molti casi giunsero alla clinica in così gravi condizioni generali da poter sconsigliare qualunque operazione. Pertanto in tutti i casi sono intervenuti senza esitazione.

Nell'urina fu trovato spesso zucchero, albumina, qualche volta pigmento biliare. Lo zucchero del sangue era aumentato, così pure il valore diastasico nel sangue e nell'urina.

La diagnosi di n. pancreatica o di pancreatite acuta fu posta in 17 sui 41 casi. Con sicurezza 8 volte si diagnosticò una colecistite acuta, 8 volte ileo, 3 volte perforazione di ulcera, 5 volte peritonite da causa non chiara. Le statistiche di Walzel portano una diagnosi nel 53,4 %, quelle di Lotheissen nel 66,6 % e quelle di Schmieden nel 21,8 %.

Le alterazioni del pancreas consistettero in edema senza necrosi, edema con necrosi grassosa, infarti emorragici con necrosi, focolai di rammollimento con sequestrazione.

Come risultati operatori essendo il maggior numero dei casi pervenuti nello stadio avanzato con infarti emorragici e necrosi si ebbe una mortalità alta (70,7 %). Ciò perchè hanno operato indistintamente tutti, anche i casi disperati (una volta si dovette sospendere l'operazione prima dell'apertura della capsula pancreatica per collasso, altre volte l'operazione fu condotta a termine rapidamente senza aver potuto esplorare le vie biliari). Pertanto vi sono alcuni casi tardivi morti per malattie concomitanti postume, come embolia polmonare, diabete grave.

Di 7 casi operati precocemente morì soltanto una paziente in 10ª giornata per pulmonite putrida, così che si può dire che nel primo stadio non hanno avuto mortalità.

Nella statistica di Schmieden la mortalità è di 51,2 %, poichè più della metà era stata operata nei primi stadi della malattia.

L'operazione sul pancreas consistette nella apertura della capsula e drenaggio ordinariamente attraverso il legamento gastro-colico, in un caso attraverso il mesocolon; qualche volta il pancreas venne drenato verso la testa lungo il legamento epato-duodenale. Due volte dopo l'apertura della capsula si ebbe forte emorragia venosa che fu vinta col tamponamento.

In 15 casi fu fatto anche un intervento sulle vie biliari con colecistectomia e drenaggio dell'epatico, colecistostomia con 53,3 % di guarigioni.

Queste operazioni vennero fatte principalmente in casi precoci mentre in quelli tardivi fu fatta la sola operazione nel pancreas. Pertanto nei casi tardivi si ha una mortalità di 84,6 % senza operazione sulle vie biliari, e 75 % con tale intervento.

I risultati migliori si ebbero col drenaggio del pancreas e la sola colecistectomia che non col drenaggio dell'epatico.

Il fatto più importante delle vie biliari è il vuotamento: se la papilla è pervia basta la colecistectomia. Il vuotamento più sicuro si fa col drenaggio completando secondo Walzel il drenaggio del pancreas con la colecistectomia e il drenaggio dell'epatico.

La semplice colecistectomia in 3 casi diede in due operati nel primo stadio la guarigione, in uno operato nello stadio ultimo fu seguìta da morte. In due malati la colecistectomia fu fatta in secondo tempo per profilassi.

Soltanto con l'intervento precoce si può migliorare il risultato operatorio di questa grave malattia come è avvenuto per l'appendicite, le ulcere perforate, l'ileo acuto, ecc. Ma nella n. del pancreas i segni a volte sono talmente acuti da ridurre i malati in poco tempo in uno stato gravissimo. In tali casi può giovare una profilassi operatoria della malattia epatica per evitare il dramma pancreatico. Soltanto così Walzel ha visto migliorare negli ultimi anni i risultati sulla necrosi pancreatica.

Tale concetto viene avvalorato da due casi di colecistite acuta operati d'urgenza nei quali oltre alla flogosi della cistifellea con calcoli si trovò una necrosi iniziale del pancreas che guarì. Così che quando gli interventi precoci per pancreatite e per colecistite acuta saranno più diffusi, migliorerà il risultato operatorio di questa malattia.

R. Brancati.

Le lipasi del siero nello studio delle lesioni pancreatiche.

(G. Melli e A. Lorenzi. *Minerva Medica*, 15 sett. 1930).

La difficile aggredibilità semeiotica del pancreas e la difficoltà di riconoscerne lo stato funzionale, hanno fatto sì che l'attenzione dei ricercatori si sia da molti anni rivolta allo studio di mezzi indiretti di diagnosi funzionale. Ma il problema è ben lungi dall'essere risoluto. Le varie prove per l'esame della funzionalità pancreatica (studio dell'assorbimento dei grassi, prove di digestione di diverse sostanze, studio dei fermenti pancreatici nel succo gastrico e duodenale, nelle feci e nelle urine), se sono in grado di rivelarci l'assenza o la grave deficienza della secrezione esterna pancreatica, non ci permettono di mettere in evidenza stati iniziali di sofferenza epatica. Anche le prove che si rivolgono alla funzione glicolitica del pancreas ci rendono edotti solo di un lato delle attività funzionali dell'organo, mentre molte buone ragioni inducono a ritenere possibile e frequente una dissociazione delle diverse attività pancreatiche. Restano ancora da considerare due prove, proposte rispettivamente da Wohlgemuth e da Rona e collaboratori. Esse consistono nella ricerca nel siero della presenza o meno di fermenti pancreatici (diastasi nell'un caso, lipasi nell'al-

tro), fermo restando il concetto che nei sieri normali tali fermenti fanno difetto, mentre dovrebbero comparire nei sieri patologici. È dello studio della prova di Rona che gli AA. si sono occupati.

Rona ed i suoi collaboratori sono riusciti a differenziare fra loro le diverse lipasi esistenti nel siero di sangue, studiando la resistenza di ciascun fermento di fronte ad una serie di veleni opportunamente scelti. Secondo Rona, quando un organo è colpito da un processo morboso che lede e disintegra il suo tessuto, la lipasi da quest'organo posseduta si libera e passa in circolo, ove la sua rivelazione può costituire la spia del processo morboso in atto.

La prova di Rona per la ricerca della lipasi pancreatica nel siero di sangue si basa sul fatto che la lipasi pancreatica è resistente all'atoxil. Si misura stalagmometricamente il potere lipolitico del siero in esame su di una soluzione di tributirrina paragonandolo con quello dello stesso siero al quale si sia aggiunta una certa quantità di atoxil: mentre nella determinazione senza aggiunta di atoxil si deve avere una cospicua diminuzione di numero delle gocce, dovuta alla normale attività lipolitica del siero ed alla conseguente scissione idrolitica della tributirrina, nei soggetti normali non si deve aver diminuzione del numero delle gocce nella prova con atoxil, mentre tale diminuzione dovrebbe aversi anche nella prova con atoxil in caso di lesioni pancratiche. Mentre però, secondo alcuni AA., nei sieri normali non si ha alcuna diminuzione di gocce nella prova con atoxil, e quindi una diminuzione di 1-2 gocce avrebbe significato patologico, secondo altri una diminuzione fino a 6 gocce può aversi nei sieri normali, quindi positive sarebbero le prove solo quando detto limite sia oltrepassato. Ora, poichè comunemente la diminuzione delle gocce provocata dalla lipasi pancreatica raramente oltrepassa di molto detto limite, è evidente che con la limitazione ora ricordata il valore pratico della prova viene ad essere notevolmente sminuito.

Lo studio dell'argomento ha portato gli AA. a concludere che la causa di errore, cui è dovuta tale divergenza di vedute, risiede nell'emolisi del siero. Infatti i globuli rossi contengono una lipasi atoxil-resistente, quindi indifferenziabile, di fronte all'arsenico, dalla lipasi pancreatica. Una emolisi anche minima, difficilmente evitabile, è sufficiente ad attribuire al siero attività lipolitiche atoxil-resistenti, attività di cui i sieri assolutamente privi di emoglobina, di individui sani, sono sprovvisti. Perchè dunque la prova del Rona potesse assurgere a reale valore pratico, era indispensabile differenziare la lipasi pancreatica non solo, come comunemente si fa, da quella del siero, ma anche da quella dei globuli rossi.

Per ottenere tale differenziazione gli AA. si sono valsi del chinino che, mentre rapidamente inattiva la lipasi pancreatica, rispetta quella dei globuli rossi. Combinando l'azione dei due veleni, poichè all'azione combinata dei due veleni nessuna lipasi resiste ad eccezione di quella dei globuli rossi e della tiroide, mentre all'azione del solo atoxil oltre alle due lipasi ricordate resiste unicamente quella del pancreas, dal confronto dei due dati la presenza o meno della lipasi pancreatica risulta indubbia, non essendo possibile l'interferenza di nessun altro fermento.

La tecnica seguìta dagli AA. è la seguente: Due campioni di siero di 1 cc. cadauno sono messi in due provette ed addizionate uno con 1/2 cc. di soluzione al 0.2 % di atoxil, l'altro con 1/2 cc. di soluzione al 0.2 % di bisolfato di chinino. Dopo mezz'ora alla prima delle due soluzioni si aggiunge 1/2 cc. di acqua distillata e 23.5 cc. di soluzione satura di tributirrina, si versa la soluzione nello stalagmometro e si determina il numero delle gocce; contemporaneamente nell'altra provetta si versa 1/2 cc. di atoxil e dopo un'altra mezz'ora si aggiungono cc. 23.5 di soluzione di tributirrina e si determina come sopra il numero delle gocce. In capo ad un'ora, un'ora e mezza dalla prima determinazione, ambedue i conteggi vengono ripetuti. La diminuzione del numero delle gocce nella prova col solo atoxil, che non abbia rispondenza nella prova atoxil più chinino, o per lo meno che superi nettamente quest'ultima, equivale ad una prova positiva. Viceversa l'eguaglianza fra le due prove, come la non diminuzione di gocce nelle prove stesse corrisponde a prova negativa. Il numero di gocce diminuite ad opera della lipasi pancreatica equivale al numero di gocce diminuite nella prova coll'atoxil, meno il numero di gocce diminuite nella prova con atoxil più chinino.

La ricerca della lipasi pancreatica condotta con la tecnica anzidetta, acquista non solo in specificità ma anche in sensibilità. Una diminuzione di due, tre gocce è già da considerarsi come sicuramente patologica.

Ricerche sperimentali e cliniche, eseguite dagli AA. con la tecnica descritta, dimostrano che la comparsa in circolo di lipasi pancreatica è, nello stato di sofferenza della ghiandola, l'esatto corrispondente dell'ittero nelle malattie epatiche. La prova in questione non si rende conto quindi di ogni stato di sofferenza dell'organo, ma solamente di quelli che portano a ritenzione del secreto.

Nelle ricerche sperimentali è da tener presente che non tutti gli animali si comportano per quanto riguarda la lipasi in modo eguale all'uomo. Ad esempio nel plasma del cane nor-

male è sempre presente una lipasi resistente all'arsenico e labile di fronte al chinino.

Dal punto di vista clinico la positività della prova è da considerare come sempre e sicuramente patologica, mentre la sua negatività non esclude una lesione del pancreas, così come l'assenza dell'ittero non esclude una lesione epatica. TOSCANO.

Contributo allo studio dei tumori benigni gastro-duodenali: pancreas aberranti.

(P. COGNIAUX. *Le Scalpel*, 1930, n. 34).

Lo studio dei tumori benigni gastro-duodenali, ha tratto gran beneficio dalle attuali tendenze chirurgiche, in quanto queste hanno permesso di riconoscere e di descrivere i caratteri anatomopatologici e clinici di quei tumori.

Il loro numero è ristretto rispetto a quello dei cancri e possono originare in due modi o a spese del tessuto normale (fibromi, neurofibromi, miomi, angiomi, adenomi); altri sono dovuti ad ectopie embrionarie che danno luogo allo sviluppo, nella parete gastro-duodenale, di organi aberranti sopratutto di pancreas.

Abbiamo così a fianco dei tumori propriamente detti, delle formazioni che pur non presentando caratteri cellulari anormali, agiscono per il loro volume e la loro sede.

La loro sintomatologia è presso a poco identica agli altri: essi si rivelano o con emorragie, oppure con una sindrone di stenosi pilorica. La loro diagnosi differenziale è impossibile ed anche senza interesse pratico, in quanto il trattamento chirurgico è necessario nei due casi..

L'autore riporta due casi osservati a Strasbourg e confrontandoli con altri pubblicati nella letteratura contemporanea (in tutto circa una ventina) nota come tutti abbiano una sintomatologia identica.

Il paziente, senza precedenti gastrici, si lamenta da un certo tempo (che può variare da mesi ad anni) di crisi dolorose post-prandiali; i dolori s'irradiano al dorso e danno luogo frequentemente a vomito alimentare. Raramente si ha melena ed ematemesi. Lo stato generale è colpito: alcuni malati cadono addirittura in uno stato di cachessia.

I segni radiologici sono netti, tanto da far porre diagnosi di ulcera piloro-duodenale o di tumore maligno del piloro. All'atto operatorio si riscontrano pochi dati: se il pancreas aberrante non è nettamente tumorale, se è piccolo e infiltra la parete, alla palpazione si sente un indurimento che s'impone per un'ulcera callosa, e può portare quindi a errore di diagnosi. Se al contrario, il tumore è nettamente palpabile, può essere ritenuto un tumore benigno. La maggior parte dei chirurghi, sebbene il tumore sia delimitato e non infiltrante, crede a un carcinoma ed è portato perciò ad interventi operatori più vasti, più gravi, con maggiore mortalità. Risulta da ciò l'importanza di pensare alla possibile benignità della lesione.

L'autore ricorda l'origine dei pancreas aberranti: essi sono dovuti a difetto di fusione degli abbozzi embrionali. Il pancreas aberrante si osserva con grande frequenza a livello dello stomaco, del piloro, del duodeno, più frequentemente ancora nel digiuno. E' stato descritto anche nell'ilo della milza, nella vescichetta biliare, nella radice del mesentere, nella valvola di Bauhin, nel diverticolo di Meckel. Generalmente è unico e di volume variabile: può raggiungere la grandezza di una noce, ma non sorpassa in genere quella di un fagiuolo.

Rispetto ai suoi rapporti con la parete può essere sottosieroso, sottomucoso od intraparietale; in generale infiltra tutte le tuniche per arrivare a contatto immediato della mucosa. Dal punto di vista istologico ha l'aspetto di un pancreas normale adulto.

L'esistenza dei pancreas aberranti, se non dà luogo a crisi dolorose, può passare inosservata e riscontrarsi solo alla necroscopia. Quando danno luogo alla sintomatologia suddescritta, significa secondo alcuni che si è formata una vera ulcerazione sulla mucosa che ricopre il nodulo (Cohen), oppure che la mucosa è profondamente modificata (Gosset).

Generalmente la mucosa è normale, ed allora s'invoca il fatto che la presenza di un pancreas aberrante sulla zona riflessogena duodeno-pilorica, è capace di provocare lo spasmo del piloro.

In conclusione se in un malato, con sintomatologia duodeno-pilorica, si riscontra, come unica lesione, nel corso di una laparatomia, un piccolo tumore gastrico o duodenale, bisogna pensare alla possibilità di un tumore benigno e precisamente di un pancreas aberrante. Se, durante una laparatomia, si scopre per caso, un piccolo tumore gastro-duodenale d'aspetto benigno, e ancora indolore, si è autorizzati ad asportarlo, nella tema d'ulteriori incidenti. MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

D. Giordano. *Scritti e discorsi pertinenti alla storia della medicina e ad argomenti diversi.* Un vol. in-4° di pagg. 630, con 51 fig., Milano, 1930. Prezzo L. 70.

Il sen. prof. Davide Giordano non è soltanto lo scienziato ed il chirurgo di alto ed indiscusso valore (e chi scrive lo ricorda a fianco del Novaro nella Clinica bolognese) ma è anche un acuto indagatore della storia della Medicina, un saggio direttore di Istituti ed un fervente oratore che, nelle riunioni della Scienza, dell'Arte e della Patria, sa trovare la calda parola che incita e commuove.

Della sua molteplice attività troviamo un vivido riflesso in questo bel volume (di cui l'edizione è stata curata dal solerte prof. P. Piccinini) dove, accanto a numerosi studi di storia della medicina, troviamo commemorazioni di scienziati e discorsi inaugurali, ecc. I primi sono quelli che maggiormente ci interessano, tanto più perchè vi si parla dei nostri maestri antichi e moderni (grandi chirurghi italiani nell'ultimo secolo, La chirurgia italiana dalla Roma dei Littori a quella del Littorio, ecc.) e vi si rivendicano molte nostre glorie (p. es., la posizione inversa in chirurgia, da attribuirsi a Rolando da Parma — sec. XIII — anzichè a Trendelenburg, ecc.).

E preziosi ammaestramenti si ricaveranno dalla lettura di questo libro, come quello che l'A. ci fornisce a proposito della formazione del chirurgo e dell'eccessiva tendenza all'esperimento sugli animali. « A formare l'anima del chirurgo», Egli dice, «occorre... sovratutto conoscere l'uomo, morto e vivente, in tutte le sue umane miserie. Onde riuscirono veramente grandi quelli che, come Loreta, Caselli e Novaro, furono prima medici condotti e poi, quando il cadavere non ebbe più per loro alcun segreto, chirurghi di ospedale, donde passarono — non dico salirono — passarono alla Clinica. Perchè erano medici di uomini, furono grandi chirurghi ».

La vendita del libro va a totale beneficio degli Orfani dei Medici caduti in guerra, sicchè l'acquisto costituisce anche un'opera buona.

fil.

Boris H. Vassileff. *La responsabilità penale del tubercolotico dal punto di vista medico-legale.* Un vol. in-8°, di pagg. 211. Genova. Prezzo L. 25.

L'A., dopo alcuni cenni sulla tubercolosi in generale, considera i rapporti fra tubercolosi e sistema nervoso, gli effetti dell'impregnazione tubercolare sul sistema nervoso, sia nel senso di dare malattie organiche, sia per quanto riguarda l'azione sullo psichismo. Questioni oltremodo interessanti, oltre che per l'individuo, anche per i riflessi che possono avere nel campo sociale, con i rapporti fra tubercolosi ed altre malattie, con intossicazioni (stupefacenti, alcoolici), col suicidio, nell'attitudine mentale (romanticismo, misticismo).

Esamina poi la diffusione della tubercolosi nelle carceri ed il problema della delinquza connessa con la tubercolosi, nonchè l'imputabilità del tubercolotico, arrivando ad importanti conclusioni, consigliando cioè di ammettere la semi-infermità di mente nella tubercolosi, di fare un esame clinico accuratissimo di ogni detenuto con speciale riguardo alla ricerca della tubercolosi, di migliorare le carceri ed il regime di vita dei detenuti, ecc.

Il libro è scritto non per i soli medici, ma anche adatto per profani (legali) e, con la ricchezza di casi illustrativi, ci fornisce un documento sulle anomalìe psichiche dei tubercolotici.

fil.

B. Fischer-Wasels. *Die Gasbehandlung bösartiger Geschwülste.* Un vol. in-8° di 472 pagg. con 82 fig. Bergmann ed. München, 1930. Prezzo RM, 66.

L'essenza della malattia tumorale consiste nelle caratteristiche specifiche della cellula; in questa, osserva l'A., si ha abbassamento primario della respirazione tissulare, dovuto ad una degenerazione strutturale delle cellule stesse, per cui si può prevedere che l'innalzamento della tensione dell'ossigeno nel tessuto tumorale deve avere un effetto favorevole.

Numerose ricerche dell'A. dimostrano inoltre che, nella predisposizione ai tumori, esistono particolari modificazioni del ricambio e che con la respirazione di ossigeno si hanno notevoli effetti sul sangue, specialmente sul suo contenuto in acido lattico.

Sulla base di questi dati, l'A. tratta i carcinomatosi inoperabili, facendo loro respirare una miscela di ossigeno e di anidride carbonica, somministrando dell'acido cloridrico e stimolando il mesenchima con irradiazione di sole di alta montagna. Ha così ottenuto eccellenti risultati in casi di carcinomi dello stomaco e dell'intestino.

Nell'affannosa ricerca di un trattamento del cancro, merita di essere segnalata questa via, sulla quale lo studio coscienzioso dell'A. ci offre una buona documentazione.

Il lavoro è stato fatto in collaborazione con i dottori W. Büngeler, J. Heeren, S. Heinsheimer e G. Joos.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Actas de la primera conferencia latino-americana de Neurologia, Psiquiatria y Medicina legal. Un vol. in-8° di 707 pagg., con fig., Buenos Aires, Imprenta de la Universidad.

La prima conferenza dell'America latina di neurologia, psichiatria e medicina legale si è tenuta a Buenos Aires sotto la presidenza del prof. A. Ameghino, con l'intervento di numerosissimi medici e con la rappresentanza di tutti gli Stati dell'America meridionale.

Nella seduta plenaria sono stati trattati i seguenti temi ufficiali:

Stato attuale della fisiopatologia del sistema nervoso vegetativo (H. Lea Plaza); Classificazione uniforme delle malattie mentali nell'America latina (H. Roxo); Concetto medicolegale dell'alienazione mentale (N. Rojas).

Altri moltissimi argomenti sono poi stati svolti nelle singole sezioni e sono qui anche essi ampiamente riferiti. *fil.*

Atti del primo Convegno nazionale di Medicina sociale. Un vol. in-8° di pagg. 263. A. Cordani ed. Milano, 1930.

Del Convegno tenutosi lo scorso anno a Milano, dal 17 al 19 giugno, a cui parteciparono medici e legali, sono qui riuniti gli Atti, che trattano dei più vitali argomenti riguardanti la medicina sociale e le assicurazioni sociali, e cioè: *La medicina legale del lavoro* (L. Lattes); *Le leggi italiane sugli infortuni* (P. D'Alessandria); *L'assistenza ai grandi invalidi del lavoro* (A. Cazzaniga); *La coordinazione delle previdenze assicurative* (P. Medolagni, G. Calamani, C. Giannini); *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del lavoro dal punto di vista medico-legale* (A. Ciampolini); *La procedura amministrativa e la procedura giudiziaria negli infortuni sul lavoro* (S. Rameri); *Le concause negli infortuni del lavoro* (F. Leoncini).

Alle relazioni seguono i resoconti delle discussioni, che si ebbero allora assai vivaci e che lumeggiano da diversi punti di vista gli argomenti trattati. *fil.*

I Convegno nazionale dei medici dell'Opera Nazionale Balilla. Atti ufficiali. Un vol. in-8° di 230 pagg. « Grafia », Roma.

L'O. N. B. è veramente una delle migliori istituzioni che siano sorte in questi anni di rinnovamento italico ed il medico deve guardare con viva simpatia quest'opera che, provvedendo all'educazione fisica delle giovanissime generazioni, ne aumenta l'attività organica e ne eleva l'animo, dando una più profonda coscienza del dovere. E ciò hanno ben compreso i medici italiani che sono accorsi numerosi al I Congresso, di cui è stato l'animatore S. E. R. Ricci, e di cui troviamo in questo volume gli atti.

Le relazioni e le conferenze qui riprodotte integralmente svolgono temi della massima importanza pratica e saranno letti con grande interessamento. Ne riportiamo i titoli: *L'assicurazione infortuni degli inscritti all'Opera, suo valore educativo e per la prevenzione dell'invalidità* (C. Midulla). *Sorveglianza medica nelle manifestazioni ginnico-sportive dei Campeggi e delle Colonie* (N. Pende). *L'avviamento professionale dei giovani* (F. Vitali). *L'azione assistenziale dell'O. N. B. ad integrazione dei suoi scopi educativi* (R. Doria). *La cartella biografica; sua consistenza e sua finalità* (G. Gallerani). *Osservazioni climatologiche ed elioterapiche nei riguardi delle colonie marine* (G. Ceresole). *Psicologia ed educazione fisica* (C. De Sanctis). *Esonero dalla ginnastica e ginnastica per deboli ed ammalati* (G. e G. Meldolesi).

Nel volume sono riportate anche altre relazioni di minor mole e le discussioni sui temi che, rappresentando diversi punti di vista sotto cui sono veduti i temi, li integrano e li completano.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

II Congresso Internazionale di Pediatria.

(Stoccolma, 18-21 agosto 1930).

Il II Congresso internazionale di Pediatria svoltosi nello scorso agosto a Stoccolma è riuscito veramente importante sia per il numero degli intervenuti da tutte le parti del mondo e sia per l'importanza dei problemi discussi.

Queste riunioni mondiali della scienza Pediatrica — a confronto di quelle di altre branche della medicina — rappresentano un istituzione piuttosto recente, ma non per questo meno interessante, al punto anzi da essere oggi considerate come preminenti sulle altre, in specie a riguardo della protezione dell'infanzia.

Il giorno 18 agosto i convenuti e le delegazioni ufficiali delle singole regioni si sono riuniti nei locali della Società di Medicina sotto la presidenza del prof. Jundel per fare riconoscere il Congresso di Stoccolma come II Congresso dall'Associazione internazionale di Pediatria in sostituzione di quello che avrebbe dovuto aver luogo a Bruxelles nel 1914, e di cui la guerra Europea non permise l'attuazione.

A questo riguardo la Delegazione italiana avanzò la proposta che il III Congresso si dovesse tenere a Bruxelles; ma, in seguito al formale invito della delegazione inglese, fu deciso che il prossimo Congresso internazionale di Pediatria si terrà a Londra nel 1933. A questo scopo il prof. Still fu nominato Presidente del comitato ordinatore e Parson segretario generale. Il Comitato centrale dell'Associazione internazionale sceglierà i temi ufficiali delle discussioni, e i rapporti dei singoli relatori verranno comunicati ai Congressisti tre mesi prima dell'apertura del prossimo Congresso.

Il 19 agosto nel grandioso e moderno Palazzo dei Concerti ha avuto luogo l'inaugurazione ufficiale del Congresso alla presenza delle loro Altezze Reali il Principe e la Principessa ereditarii di Svezia e delle varie Delegazioni ufficiali e dei numerosi congressisti.

Il Principe lesse un discorso tendente a dimostrare la grande importanza che hanno assunto gli studi Pediatrici in tutto il mondo, ai quali si ricollegano non solo problemi di indole sanitaria, ma anche e sopratutto sociali sia a scopo profilattico e preventivo, e sia per migliorare e proteggere sempre meglio le future generazioni.

Seguì il Presidente JUNDEL che illustrò l'importanza di queste riunioni internazionali.

Infine il prof. NOBÉCOURT (Francia) e JEMMA (Italia), a nome delle varie Delegazioni, pronunciarono discorsi di omaggio e di circostanza.

Alla fine dei discorsi le loro Altezze Reali si compiacquero intrattenersi brevemente coi membri delle varie delegazioni ufficiali.

* * *

Sul primo tema: *Effetti biologici diretti ed indiretti delle irradiazioni ultraviolette*, riferì colla sua speciale competenza il prof. ALFREDO HESS di New York, prendendo per base le manifestazioni rachitiche nell'infanzia.

A tale riguardo l'O. dimostra che le irradiazioni U. V., l'ergosterolo irradiato, e gli alimenti irradiati hanno un valore terapeutico inconstatabile nel trattamento del rachitismo, della tetania e dell'osteomalacia.

Questi mezzi riescono utili anche per lottare contro le carie dentarie e le perdite dei sali di calcio da parte della donna allattante, ma richiama l'attenzione sull'inutilità e sui danni di volere generalizzare tali rimedi terapeutici in altre affezioni.

Sostiene che al momento attuale il mezzo più pratico e più semplice e più facilmente generalizzabile per la terapia del rachitismo è l'uso dell'ergosterina irradiata, in quanto quella degli alimenti (latte in polvere compreso) ha bisogno ancora di perfezionamento nella tecnica dell'irradiazione; pure ammettendo le difficoltà di standardizzare il dosaggio dell'ergosterina irradiata, come invece sarebbe necessario.

Riconosce infine che malgrado questi mezzi moderni basati sull'azione dei raggi U. V., non si riesce ad ottenere una sicura profilassi contro il rachitismo.

Alla relazione di Hess seguirono i rapporti degli oratori invitati ARMAND DE LILLE di Parigi, GERSTEMBERGER di Cleveland; GEZTER di Leyden, HESS di Chicago, HULDIGIJORGY di Heidelberg, HESS di Chicago, HULDICHINSKY di Berlino, LESNÉ di Parigi, MEDORRIKOFF di Leningrado, JUNDEL di Stoccolma, il quale ha dimostrato che il trattamento profilattico con ergosterine irradiate di donne gravide per un periodo di 1-3 mesi e dei bambini, benchè continuato, non riesce ad impedire la comparsa della cranio-tabe.

Infine il prof. FRONTALI di Pavia, attentamente ascoltato, lesse il suo rapporto, portante un largo contributo personale sull'azione dei raggi U. V. nella fissazione del calcio e del fosforo riportando unanimi approvazioni. Nel pomeriggio seguirono le comunicazioni, e le discussioni sull'argomento dell'azione dell'irradiazioni U. V. e tra le comunicazioni emersero in prima linea i pediatri italiani. (5 su di un totale di 6), tra esse degne di particolare rilievo quella del dott. MUGGIA a proposito della reazione alla tubercolina, e le due assai interessanti del prof. SPOLVERINI di Roma sulle variazioni della curva glicemica nei bambini con l'uso di sostanze idrocarbonate irradiate, e sul comportamento del pH nel latte di donna assoggettato alle irradiazioni U. V. ed alle inalazioni di aria irradiata, le quali riscossero una particolare approvazione del Presidente della sezione.

A tutto rispose brevemente il prof. HESS.

Infine su proposta del prof. WIELAND di Basilea, nell'intento di ottenere sia dal punto di vista terapeutico, sia da quello tossicologico, un uniforme standardizzazione del fattore antirachitico, il Congresso approva all'unanimità le seguenti deliberazioni.

« Il Congresso avanza all'organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni la richiesta di studiare che venga elaborato il metodo biologico più adatto per assicurare la determinazione ed il controllo dei diversi preparati vitaminici D, del suo diverso valore terapeutico in modo da stabilire un uniforme standardizzazione della vitamina D. ».

* * *

Il giorno 20 si inizia la discussione sul 2° tema: *Il significato fisio-patologico del sistema timo linfatico*.

L'argomento ancora assai controverso è di notevole importanza per la disciplina pediatrica ed i relatori, proff. HAMMAR di Upsala, CATTANEO di Milano, MORO di Heidelberg e MORIQUAND di Lione hanno cercato di portare contributi personali per chiarire questo capitolo di fisiopatologia infantile. Ma non ostante il fervore delle ricerche ed i più perfezionati mezzi di indagine molti lati incerti ed oscuri permangono sull'argomento, e non si può dire che si siano fatti grandi progressi, e chiariti concetti a giudicare dalle varie relazioni, e dalla discussione che ne è seguita.

Per altro alcuni dati di fatto risultano indiscussi, vale a dire: mentre la prova dell'esistenza di un vero *sistema* timolinfatico non è possibile darlo; d'altro canto non si può negare l'esistenza di uno *stato* timo-linfatico, caratterizzato essenzialmente dall'ipertrofia del timo, ghiandole linfatiche e milza da uno stato costituzionale speciale favorevole alla morte improvvisa. Ma la funzione e l'importanza dell'ipertrofia del timo in questo stato è controversa, e la spiegazione della morte improvvisa in relazione alle condizioni del timo riesce difficile e incerta.

A questo proposito il prof. MORO, che ha eseguito speciali ricerche ancora in corso di esecuzione, ha cercato di dimostrare che la morte improvvisa può in questi casi trovare una plausibile spiegazione nella stretta connessione tra i nervi timici ed il sistema nervoso intracardiaco, ciò che porterebbe a concludere essere più logico l'appellativo di morte cardio-timica.

Ed in realtà la morte improvvisa non può trovare una spiegazione plausibile nel semplice fatto nè dell'ipertrofia, nè dell'iperfunzionamento del timo.

Il prof. CATTANEO ha giustamente messo in evidenza il contributo delle ricerche fatte in Italia da parecchi decenni sullo studio della funzione del timo come ghiandole a secrezione inter-

na ed in connessione col resto del sistema endocrino. Disgraziatamente l'effetto dell'importante relazione letta dal CATTANEO è andata in parte perduto, perchè la grandissima parte dei congressisti non conosceva il nostro bell'idioma.

Dopo i relatori prendono la parola gli oratori ufficialmente designati alla discussione: FINKELSTEIN di Berlino, LEREBOULLET di Parigi, LÖNGREN di Helsingfors, MASSLOFF di Leningrado, NITSCHKE di Friburgo, ROHMER di Strasburgo ed YLPPÖ di Helsingfors.

* * *

Il giorno 21 è riservato alla discussione del 3° tema: *La psicologia e la psicopatologia del bambino nell'insegnamento della pediatria e la loro applicazione alla medicina sociale.*

I relatori: GILLESPIE di Londra, HAMBURGER di Vienna, KRASNOGORSKI di Leningrado e PECHER di Bruxelles dimostrano ampiamente l'importanza grande di questo capitolo della patologia infantile e la necessità che i medici, in specie pediatri, e gli educatori si interessino con amore e con passione a questa questione in armonica collaborazione a vantaggio della società.

A queste conclusioni aderirono pienamente gli oratori ufficiali invitati alla discussione: CHARLETTE BÜHLER di Vienna, CZERNY di Berlino, DONNER di Sibbo, TRIES di New York, HEMGER di Parigi, SCHOLTEME di Groningue, SIMSON di Mosca, e WERNSTELD di Stoccolma.

A conclusione il Congresso vota il seguente ordine del giorno:

« Per dare ai medici, e particolarmente ai pediatri, ai medici scolastici ed al corpo insegnante, la possibilità di formarsi una cultura sulla psicologia e psicopatologia infantile e quindi per fare in modo che l'attività del medico pratico e del maestro sia sicuramente giovevole all'individuo ed alla società, è necessario che le Cliniche Pediatriche Universitarie siano organizzate in modo tale da servire quale istituzione per l'insegnamento, la ricerca e la pratica applicazione della psicologia e della psicopatologia infantile ».

Prima dell'inizio della discussione di questo terzo tema in un'apposita aula, ove erano esposti dei quadri luminosi illustranti l'attività svolta dall'Italia attraverso l'Opera Nazionale Maternità Infanzia, il prof. VALAGUSSA tenne la sua conferenza sulla: *Protezione delle scuole e dell'infanzia in regime fascista.* Ne ottenne unanimi consensi perchè dimostrante coi fatti — anche agli increduli — la buona organizzazione dell'Opera e gli ottimi risultati ottenuti a vantaggio della madre e del fanciullo.

* * *

Oltre la discussione di questi tre temi ufficiali svoltesi nelle sedute plenarie, il lavoro scientifico si è svolto anche nelle varie sezioni speciali in cui era diviso il Congresso per le molteplici comunicazioni sui svariati argomenti. Anche in esso gli italiani si sono mostrati attivi portandovi il loro interessante ed apprezzato contributo di lavoro, tra cui è doveroso ricordare le comunicazioni del prof. JEMMA sull'*epidemiologia della leismaniosi infantum;* quella del dott. TACCONE nelle *encefaliti secondarie pare infettive nell'infanzia* e del prof. FORNARA sulla *paraencefalite dell'infanzia,* il quale ultimo, tra l'altro ebbe occasione nella discussione di mettere in luce e richiamare alla mente di taluni congressisti — troppo sovente dimentichi delle cose nostre — gli studi fatti, e pubblicati in precedenza da ricercatori italiani su questo argomento.

Del resto il gruppo degli Italiani intervenuto al Congresso è stato anche per numero uno dei più importanti (18): e tutti hanno avuto agio di potere constatare l'opera veramente mirabile che compie la Svezia attraverso le sue molteplici istituzioni a favore dell'infanzia.

Nella visita alle cliniche ed ai vari ospedali infantili di Stoccolma (e tra essi ve ne è uno di recente costruzione posto in luogo incantevole destinato esclusivamente ai lattanti) quello che colpisce di più il visitatore non è tanto la disposizione dei locali, l'arredamento dei medesimi, tutto assai bene studiato e l'organizzazione dei servizi sanitari, ciò che oramai anche presso di noi è ugualmente progredito; quanto il servizio di assistenza immediato fatto da personale non solo tecnicamente istruito, ma specializzato per le singole sezioni, e per giunta relativamente numeroso (una infermiera ogni 5-6 bambini) in maniera che il bambino, il quale ha sempre bisogno di tante e svariate cure assistenziali a differenza dell'adulto possa in realtà essere continuamente assistito.

Il Comitato ordinatore del Congresso ha saputo organizzare in modo veramente mirabile questa adunata mondiale dei cultori della pediatria; e tutti i colleghi Svedesi, con a capo il prof. Jundel, ideatore di questa riunione, hanno saputo offrire agli interventi accoglienze signorili ed ospitalità grandiosa ed insieme cordiale, culminata nell'indimenticabile serata dell'Hôtel de Ville di Stoccolma; del che è doveroso tributare loro i più vivi ringraziamenti.

S.

VI Congresso della Società Italiana di Oftalmologia.

Dal 22 al 24 ottobre si è tenuto nella R. Clinica Oculistica del Policlinico Umberto I l'annuale Congresso della Società Italiana di Oftalmologia, al quale hanno preso parte anche gli oculisti dell'Associazione Oftalmologica Italiana. Perciò quest'anno la riunione ha assunto un'importanza speciale, perchè stante la generale simpatia, la tenace attività spiegata e lo spirito conciliativo del prof. Ovio, attuale direttore della Clinica Oculistica di Roma, si è potuta raggiungere la finalità nazionale di riunire le due Società Oculistiche esistenti in Italia, che non essendo in accordo davano un cattivo esempio anche all'estero, dove si spiavano e biasimavano sempre con piacere i contrasti, che malauguratamente erano sorti anche nel campo oculistico della nostra invidiata Italia.

Così si può dire che finalmente tutti gli Oculisti Italiani si sono raccolti, anche sotto gli auspici del Sindacato Medico Fascista, in un'unica Società solida di mezzi e di energie, che saprà e potrà far valorizzare i propri lavori pure nei Congressi Internazionali, che hanno ripreso vitalità fin dall'anno passato in Olanda ad Amsterdam.

Per tale fusione la Società Italiana di Oftalmologia d'accordo coi rappresentanti dell'Associazione Oftalmologica Italiana ha modificato alcuni articoli dello Statuto, che sono stati approvati

dall'assemblea. Così la Società si chiamerà « Società Oftalmologica Italiana ». Questa Società avrà sede in Roma nella Clinica Oculistica, ma invece di tenere sempre i Congressi in Roma, come stabilito nello Statuto, si potranno tenere anche in altre città italiane, secondo la deliberazione dell'assemblea. Così i Congressi si conteranno oltre che dall'anno, in cui la Società fu eretta in ente morale, anche dall'anno, in cui cominciarono i Congressi dell'Associazione Oftalmologica Italiana. Dippiù il Comitato esecutivo della Società invece di essere composto di cinque membri, ne conterà due di più, rappresentanti del Sindacato Medico Fascista.

L'assemblea generale, che si è dimostrata di un vero e cordiale affratellamento, per deferenza al Comitato esecutivo della Società Italiana di Oftalmologia ha voluto riconfermare il presidente prof. Ovio e gli altri membri già esistenti, ai quali si sono aggiunti il prof. Lodato ed il prof. Raverdino, designati dal Sindacato Medico Fascista.

Nella seduta inaugurale di questo Congresso si sono consegnati i premi vinti nell'ultimo Congresso, cioè il premio Cidonio di L. 7000 al prof. Favaloro di Catania, il premio Pansini di L. 2000 al dott. Luppino, ed il premio Civetta di L. 1000 al dott. Candian.

Inoltre si è assegnato il premio del comm. Turbacco di L. 1000 al dott. Scalzitti per un lavoro sulla « Diagnosi precoce e cura delle complicanze orbitarie nelle malattie dei seni della faccia ».

Nel Congresso dell'anno venturo 1931, essendo anche per volere del Governo sistemato l'Ente morale della Fondazione costituita a favore degli studi oftalmologici colla nomina del prof. Ovio a Commissario governativo, si torneranno ad indire i due grandi premi: uno internazionale Cirincione di L. 20.000 e l'altro nazionale Cidonio di L. 7000.

A questi due premi saranno aggiunti i premi del prof. Colangeli di L. 2500; del prof. Duranti di L. 2000; del dott. Foroni di L. 1000; del prof. Denti di L. 1000; del prof. Roselli di L. 1000, ai quali sarà unito un altro di L. 5000 offerto ed accettato dall'assemblea dello Stabilimento dei Tubi Lux di Napoli per la terapia locale cogli antivirus.

Come si vede tutti questi premi d'incoraggiamento saranno di grande incitamento ai giovani medici, che si vogliono specializzare in oculistica, per dedicarsi con amore e zelo agli studi oftalmologici.

Si sono svolti in questo Congresso molti importanti lavori scientifici, che hanno trattato argomenti riguardanti l'oculistica in tutte le sue varie parti.

Sono state circa 140 le comunicazioni presentate dai diversi congressisti alla Segreteria; tutte su argomenti di vitale importanza per l'Oftalmologia. La ristrettezza del tempo ha impedito che tutte fossero esposte. L'assemblea ha ascoltato con vivo interesse la comunicazione del prof. Addario, del prof. Cattaneo e del prof. Favaloro sull'etiologia del tracoma e la discussione che ne è seguita fra i più eminenti clinici d'Italia. Di particolare interesse sono apparse pure le comunicazioni di Guido Rinaldi « sul comportamento dell'indice di rifrazione del cristallino durante la vita fetale »; del prof. Parisotti sulle « ambliogie tossiche »; del dott. Autonibon « sulla fissazione nei tessuti dell'occhio dei colloidi iniettati endovena »; del dott. Strampelli sul « Meccanismo di riparazione dell'endotelio della Descemet »; del dott. Duca « Sull'occhio del camaleonte ».

Una vivace discussione è sorta sull'argomento della sopportabilità dei vetri di contatto per la correzione dell'astigmatismo corneale, a proposito della comunicazione tenuta dal dott. Mamoli.

Il prof. Horniker (Trieste) ha parlato sul *Valore del segno vasoneurotico nella pratica oculistica;* la sua comunicazione è apparsa a tutti interessantissima data l'alta competenza dell'O. su questo nuovo ma importantissimo campo di studi.

Abbiamo accennato alle più importanti e salienti comunicazioni che però saranno tutte raccolte, come nelle altre passate riunioni nel grande volume « Atti del Congresso 1930 ».

L'assemblea ha infine nominato Socio Benemerito l'Accademico d'Italia prof. Dionisi Antonio e Soci Onorari i proff. Angelucci Arnaldo, Albertotti Giuseppe, Falchi, Parisotti Oreste, Petella gen. medico

Prof. Leonardi.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 7 settembre 1930.

Presidenza: Prof. F. Giugni.

Sul valore diagnostico e prognostico della azzurrofilia nel morbillo.

Artusi G. (Cesena). — L'O., studiando il comportamento delle granulazioni azzurrofile nel morbillo, conferma i risultati del Mondolfo.

Ha poi notato, con una certa frequenza, la precoce presenza di numerose piccole granulazioni azzurrofile che precedono i comuni e ben noti granuli azzurrofili.

Questa « azzurrofilia puntiforme » è la prima a rivelarsi e l'ultima a sparire.

Spesso essa è la sola presente nel decorso di tutto il morbillo e, siccome questo fatto si verifica specialmente nei casi a decorso mite, l'O. deduce che la presenza di soli elementi azzurrofili puntiformi è un segno pronostico favorevole.

Dal punto di vista diagnostico, poi, un'intensa azzurrofilia puntiforme (come del resto la comune azzurrofilia) è segno molto probativo di infezione morbillosa e, tra i diversi sintomi, uno dei più precoci. Però bisogna ricordarsi che un morbillo può decorrere anche senza azzurrofilia, fatto questo verificatosi, specie nell'epidemia del 1928-29, con una certa frequenza.

Sulla ricerca del bacillo della tubercolosi nell'espettorato col metodo Di Tommaso.

Artusi G. (Cesena). — La ricerca del b. di Koch, col metodo Di Tommaso, non ha dato all'O. risultati superiori a quelli ottenuti coi comuni metodi di indagini.

La colorazione di contrasto è tuttavia indovinata ed è possibile, talvolta, la ricerca del bacillo, anche negli accumoli di materiale non troppo bene disteso sul vetrino, cosa questa più difficile usando invece il bleu di metilene.

Sopra un caso di volvolo in megacolon destro.

LIOY D. (Santarcangelo). — L'O. dopo aver passati in rivista vari casi di volvolo descritti da vari A. sul colon destro, trattando l'argomento dal punto di vista eziologico, sintomatologico, anatomo-patologico e terapeutico, descrive un caso di volvolo in megacolon destro, presentato alla osservazione diretta nell'Ospedale di Santarcangelo.

Riferisce dettagliatamente e mostra il pezzo anatomico del caso e si ferma in special modo sulla rarità anatomica riscontrata nel colon destro, privo di meso nella quasi totalità. Nella parte più alta dell'ascendente, vicino all'angolo epatico il segmento del crasso era munito di un lunghissimo meso, sicchè tutto il segmento colico descritto aveva piena libertà di movimento nella cavità addominale e si comportava come un tumore peduncolato. Era di proporzioni gigantesche e raggiungeva il volume di uno stomaco dilatato pur conservando la configurazione colica.

Da ciò deduce esaurientemente il meccanismo del volvolo verificato nel caso descritto, mettendo in rapporto i dati anamnestici precedenti colla sindrome riacutizzata di volvolo al momento del ricovero del soggetto in Ospedale.

Il foruncolo del rene.

EMILIANI P. (Forlì). — L'O. tratta l'etiologia e la patogenesi del foruncolo del rene, piccola pustola che si forma sulla corticale del rene, espressione spesso di emboli micotici che partono da processi settici della pelle e delle mucose. Ne descrive due casi (Il lavoro per intero è pubblicato in questo Fascicolo, a pag. 1672).

GALLI P. (Faenza). — Riporta un caso di piccolo ascesso renale (foruncolo?) susseguito ad un attacco grippale, il quale in capo a 9 giorni si aprì nella pelvi con guarigione rapida del malato. Ad eccezione della febbre tendente al tipo suppurativo e del dolore vivissimo nella regione lombare, nessun'altro segno locale (edema) o funzionale (turbe urinarie) si poterono rilevare, di modo che si fece diagnosi generica e probabile di formazione di pus attorno al rene: la diagnosi precisa fu fatta solo quando l'urina, fino allora sanissima, mostrò larga copia di pus. L'O. ritiene che la diagnosi precoce e sicura tanto da affidare il paziente al chirurgo con animo tranquillo sia ben difficile per non dire impossibile.

CHIADINI M. (Forlì). — Riporta un caso di foruncolo del rene sinistro susseguito ad angina follicolare, il quale in sulle prime fu scambiato per una febbre tifoidea e sospettato solo quando comparve edema nella regione lombare. L'intervento chirurgo dimostrò una raccolta di pus circoscritta ma profonda di provenienza renale.

Osservazioni di Lamblie intestinali in bambini sani.

ROSSI G. (Rimini). — L'O. avendo esaminato microscopicamente le feci di 640 bambini sani, previa somministrazione di purgante salino, vi ha rinvenuto 156 portatori di Lamblie intestinali. Confrontando questa cifra con altra ottenuta nel 1924, esaminando feci di bambini enterocolitici, constata che le percentuali, del 24 % la 1ª, del 20 % la 2ª, sono molto vicine ed anzi la prima è superiore alla seconda.

Da ciò ne conclude che « con frequenza la Lamblia vive saprofiticamente allo stadio vegetativo e cistico dell'intestino dei bambini, senza dar disturbi, anche in soggetti di tenerissima età; un'aumentata peristalsi intestinale, un maggior deflusso fecale riescono ad espellerla in gran copia anche allo stato vegetativo. Se essa non sembra essere causa, forse può essere concausa, o per lo meno, il suo comparire allo stato vegetativo può assurgere a valore di fatto indiziale di enterocolite » la sua importanza patogena, nelle enterocoliti stesse, è scarsissima.

Lussazione centrale del femore.

CONTARINI R. (Rimini). — L'O. riporta un caso di lussazione centrale del femore traumatica, riportata da un operaio di anni 62 cadendo dall'altezza di circa due metri.

Spiega il meccanismo di frattura di queste lesioni, dato da un trauma diretto oppure indiretto, ma che in ogni modo deve essere rappresentato da una forza violenta o da una risultante di diverse forze che si trasmette lungo l'asse del collo femorale all'acetabolo.

Fra i vari trattamenti cruenti ed incruenti egli è favorevole a questi ultimi e riporta fotografie del suo caso trattato con riduzione incruenta *d'emblée* e dimostranti la possibilità di tutti i movimenti normali dell'arto leso, senza alcuna limitazione.

Nello spazio di due anni è già il secondo caso descritto dall'A.

Su un caso di pneumotorace spontaneo.

BRAVETTI S. (Forlì). — L'O. espone ed illustra un caso di pneumotorace spontaneo verificatosi improvvisamente nel corso di una pleurite acuta essudativa con esteso versamento, in un soggetto che non aveva mostrato fino allora lesioni polmonari specifiche apprezzabili, e nel quale si verificò, in un lasso di tempo molto breve — circa una quindicina di ore — un riassorbimento quasi totale dell'essudato pleurico.

Dimostrata con dati clinici e di laboratorio l'esistenza di lesioni polmonari-specifiche nel caso in parola, l'O. spiega come abbia potuto prodursi il pneumotorace ammettendo che la parete di qualche alveolo o abbia ceduto sotto gli sforzi della tosse, determinata dal processo pleurico, oppure — più verisimilmente — sia stata rotta per lo strappamento di qualche briglia cicatriziale di vecchia data, sotto la pressione determinata dal rapido aumentare del versamento endopleurico. Sostiene infine che il riscontrato rapido riassorbimento dell'essudato — nel caso in parola — abbia potuto verificarsi per il brusco cambiamento dello stato di pressione nel cavo pleurico dopo la rottura del parenchima polmonare e il conseguente pneumotorace.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il contenuto parassitario degli organi nelle forme malariche perniciose.

Per la ricerca dei parassiti malarici negli organi, secondo E. Micheletti (*Ann. Med. Nav. e Col.*, vol. II, f. I-II, 1930), sono stati presi in esame: 1) il contenuto parassitario nelle arterie, nei capillari e nelle vene dei più svariati organi; 2) il contenuto negli endoteli dei capillari di prodotti di parassiti fagocitati in seguito alla liberazione dal corpo parassitario; 3) il contenuto di residui di elementi cellulari danneggiati in circolo dal parassita o accumulati *in situ* per esagerata fagocitosi.

S'intende che mentre alcuni organi, come il cervello, cuore, reni possono essere considerati come organi di accumulo parassitario transitori o di una certa durata, il fegato, la milza e il midollo osseo possono considerarsi organi di accumulo permanente di derivati della vita dei parassiti nell'organismo umano.

Allo scopo di portare luce su tale argomento, sono presi in esame cinque casi di malati morti per infezione malarica; di questi vien fatta una dettagliata descrizione macro- e microscopica dei diversi organi, con speciale riguardo al contenuto parassitario.

Da tale studio emerge che il cervello ed il cervelletto sono sede di accumulo di parassiti, e quindi ne consegue un danno più o meno marcato e di diversa intensità nei capillari, con danni proporzionali delle cellule nervose e della glia.

La milza ed il fegato sono organi di accumulo, più che di parassiti, di cellule morte e pigmentifere, con gravi danni del parenchima, più frequentemente riparabili nel fegato, spesso permanenti nella milza, dove sono colpiti il parenchima e lo stroma.

Il midollo osseo è organo per lo più di accumulo; il cuore è organo di passaggio dei parassiti, e ciò è dimostrato dal fatto che l'endotelio non presenta segni di lesione, e le vene sono piene di globuli rossi parassitiferi, anche quei vasi d'un calibro abbastanza considerevole. I reni sono organi di passaggio e di accumulo, con danni più frequenti nei tubuli, e meno frequenti, ma non meno gravi, dei glomeruli.

Tali ricerche hanno potuto mettere in evidenza anche un altro fatto importante, e cioè che tali localizzazioni presentano una speciale specificità per i diversi parassiti, specificità generica del parassita dell'estivo-autunnale, e specifica dei singoli stipiti. E come è stato fatto dal Rosenow per gli streptococchi, così è stato notato per il *plasmodium praecox*, che avrebbe specificità per il cervello (perniciosa comatosa), per l'intestino (p. colerica, dissenterica), per il rene (p. ematurica, emoglobinurica), per il cuore (p. sincopale), per le capsule surrenali (p. algida).

Di questa specificità non è possibile fornire per ora prove sperimentali; tuttavia le osservazioni cliniche delle varie località malariche farebbe sospettare l'esistenza di diversi stipiti del *pl. praecox*, a diverso decorso clinico, e quindi a diversa localizzazione organica.

CARUSI.

Stimolanti dello sviluppo di batteri nel siero immunizzante.

Secondo la vecchia sierologia era inconcepibile che nel siero immunizzante ci fossero sostanze che favorissero l'infezione, perchè si riteneva che ogni fattore specifico nel siero rappresentasse una secrezione interna difensiva. Questo concetto nella sierologia moderna è tramontato. L'osservazione di Mesnil (1898) che microrganismi specifici si moltiplicano nel siero di animali artificialmente immunizzati contro certe infezioni rimase senza interesse particolare perchè si interpretava come sviluppo di germi dovuto ad insufficiente concentrazione di anticorpi specifici. E scarso interesse destò pure l'osservazione (1914) di Bridré e Jouan che microorganismi specifici non solo crescono in brodo contenente il 10-20 % di siero immunizzante, ma vi crescono sei volte più rapidamente che in brodo non contenente siero immunizzante. Il fenomeno di Bridré-Jouan è stato recentemente studiato all'Istituto Pasteur di Parigi (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 settembre 1930) da Nicolle e Cesari, i quali hanno dimostrato che l'accelerazione dello sviluppo di germi non è dovuta alla mancanza di un fattore sfavorevole nel brodo, ma ad un vero e proprio stimolo allo sviluppo per la presenza di un fattore specifico che favorisce lo sviluppo nel siero immunizzante dei germi omologhi. Essi ritengono che il siero immunizzante contenga prodotti della dissociazione dei microrganismi iniettati che agiscono come stimolanti specifici dello sviluppo.

Se questi supposti « anticorpi antiterapeutici » agiscano anche negli animali immunizzati passivamente non si sa.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Un antigene standardizzato per le ricerche di flocculazione nella sifilide.

K. V. Krishnan (*Indian Journ. med. res.*, aprile 1930) propone un antigene standardizzato per le ricerche di flocculazione nella sifilide e specialmente per la reazione di Kahn.

Si tratta di un estratto alcoolico colesterizzato di muscolo cardiaco fresco di pecora, standar-

dizzato in modo da contenere un totale di 1,07 % di lipoido-colesterol e 0,25 % di colesterol.

Esso dà risultati migliori che l'antigene di Kahn quando si usano convenienti quantità (0,1 - 0,05 - 0,P25) di sospensione salina (1 + 1).

Esso può essere anche usato utilmente per la Wassermann e la Sachs-Georgi, in diluizioni rispettivamente di 1/12 e di 1/6.

I vantaggi speciali di questo antigene sono quelli di non dare reazioni positive false e di dare una flocculazione assai più netta con i sieri che reagiscono debolmente.

Esso può essere usato con qualsiasi pipetta ed ha anche il vantaggio di essere economico.

Il metodo per la standardizzazione è stato descritto dall'A. nello stesso periodico (ottobre 1929).

fil.

La gonoreazione: sua applicazione nella diagnosi dei reumatismi subacuti e cronici.

La gonoreazione consiste nella deviazione del complemento in presenza d'un antigene gonococcico; l'antigene è una polvere di gonococchi uccisi con alcool-etere. Tale reazione è stata usata come metodo diagnostico da A. Leri, A. Urbain, J. A. Lièvre e J. Weill (*Soc. méd. des hôp.*, n.11, luglio 1930) per differenziare alcuni reumatismi in cui il gonococco può esserne la causa.

In 170 casi di reumatismo gonococcico accertato clinicamente, la reazione è stata positiva; in 109 casi di reumatismo di diverso tipo, la gonoreazione in 22 casi fu assolutamente rivelatrice, e 14 volte confermò una infezione in cui le prove batteriologiche erano insufficienti.

La gonoreazione è fortemente positiva nelle artriti gonococciche tipiche (pseudo-flemmonose, plastiche, anchilosanti), mentre è quasi sempre negativa nella poliartrite deformante grave e nelle artriti secche (coxartria, artriti secche del ginocchio, ecc.).

Questa reazione è del massimo interesse in quei casi in cui esiste un dubbio diagnostico da risolvere, come in certe spondilosi rizomeliche, talalgie persistenti, artriti subacute o croniche delle piccole articolazioni del piede, artralgie tenaci, senza evidenti segni obbiettivi, casi in cui una gonococcia può esserne il movente etiologico. Carusi.

Rapporto tra reazione di Bordet-Gengou e la reazione di Bordet-Wassermann nella malaria.

Stryjecki ha fatto interessanti studi su questo argomento, controllando lo stato di 6.283 sieri (*Polska Gazeta Lekarska*, n. 22, 1929). Su tutti i sieri esaminati la R. Bordet-Wassermann fu positiva 627 volte. La R. Bordet-Gengou con antigene malarico fu positiva 105 volte su questi 627 casi. Questa produzione simultanea di anticorpi analoghi dal punto di vista biochimico dimostrerebbe la esistenza di una parentela biologica tra la spirocheta e l'ematozoario.

Particolarmente interessante un caso in cui non esisteva assolutamente sifilide, ma in cui da molti anni esistevano dolori epatici e splenici ribelli a qualunque terapia. Un venereologo avendo trovato una Bordet-Wassermann positiva istituì un trattamento antiluetico che dette solo un leggero miglioramento. L'A. avendo praticato una Bordet-Gengou con antigene malarico la trovò fortemente positiva: ora una cura chininica fece sparire tutta la sintomatologia (!). L'A. consiglia sempre di fare le due reazioni simultaneamente.

L. Tonelli.

CASISTICA E TERAPIA.

Eritrocianogenia e sue complicanze.

L'eritrocianosi sottomalleolare ha una sintomatologia ormai nota; M. Juster (*J. Médic. de Paris*, n. 32, agosto 1930) in altro lavoro aveva gia richiamato l'attenzione sul fatto che l'eritrocianosi poteva riscontrarsi in altre zone che la sottomalleolare: parte inferiore ed interna delle coscie; faccia interna dei ginocchi, natiche, parte inferiore degli avambracci, faccia posteriore delle braccia. Questi malati che presentano l'eritrocianosi diffusa in generale hanno l'acrocianosi delle mani, l'eritrosi delle guancie, talora l'eritrocianosi del naso.

Sembra che esista in tali soggetti uno stato speciale del sistema vaso-motore e circolatorio della pelle, che diventa rossa o violetta nelle zone esposte all'aria o nelle parti declivi. A questo stato l'A. ha dato il nome di *eritrocianogenia;* esso è spesso congenito; si rivela all'epoca della pubertà; la costituzione linfatica può riscontrarsi in tali soggetti; l'emogenia, la diatesi emorragica di Emile-Weil può coesistere con questo stato eritrocianogenico.

L'eritrocianosi sottomalleolare può dar luogo a complicazioni, che per i loro dolori disturbano non poco i pazienti; si può avere una succulenza cianotica che può giungere fino all'adiposità cianotica di Milian; talora l'infiltrazione, la tumefazione si diffonde, formando la bolla premalleolare; spesso si può avere l'edema circoscritto del dorso del piede.

Queste tumefazioni, infiltrazioni debbono intendersi come delle celluliti, affezioni poco descritte nei trattati.

Per Paviot e Lagèze questa sindrone si sviluppa su di un terreno epatico; per l'A. questa malattia trova la sua etiologia in un complesso meccanismo neuro-umoro-circolatorio.

Trattamento: locale e generale. Si userà la kinesiterapia, con massaggi che possono esser fatti dallo stesso malato; la diatermia influisce favorevolmente su queste infiltrazioni cellulitiche; si possono associare i raggi infra-rossi ed ultravioletti.

Queste celluliti favoriscono le infiammazioni e le infezioni secondarie, specialmente i tubercolidi.

I geloni si sviluppano e si localizzano sulle mani acrocianotiche in individui predisposti a questa eritrocianogenia.

Carusi.

Sulla sepsi linfangitica e tromboflebitica.

Schmidt (*Mediz. Klinik*, n. 38, 1930) ricorda che la sepsi poggia su una batteriemia prolungata; le forme fugaci di batteriemia (nella grippe, nel catarro nasale, nell'enterite, ecc.) non sono delle sepsi. Le due forme principali di sepsi sono la setticemia e la piemia, basate la prima sulla diffusione del germe attraverso i linfatici, la seconda attraverso le vene; il passaggio reciproco dall'una all'altra via è, naturalmente, possibile — onde le due forme non si possono, in realtà, separare nettamente tra loro. Supponiamo un patereccio che si complichi di linfangite del braccio: le glandole corrispondenti si ingrossano, ed ivi avviene il primo scontro (Vorpostengefecht) dei germi con le cellule del reticolo endotelio. Superata questa prima resistenza, i germi passano in circolo, ed avranno a lottare con la milza, col midollo e col fegato: ivi i corpi dei germi sono distrutti e le endotossine liberate; aumenta l'afflusso sanguigno nel territorio dello splancnico, per il superlavoro degli organi; compare anemia cutanea, cardiaca e cerebrale, e quindi il brivido e il collasso circolatorio.

Penetrati nel parenchima i germi incontrano gl'istiociti, e la lotta si ripete, con un esito su cui grandemente influiscono le condizioni generali preesistenti, fisiche e morali, dell'infermo. Quando la penetrazione dei germi avviene per le vene (piemia) la loro diffusione è più rapida e più vasta.

Nella sepsi puerperale vanno distinte, secondo Schottmüller, le forme da str. haemoliticus, e quelle da str. putrificus che vive abitualmente nella vagina: le endometriti sono meno pericolose delle parametriti e delle tromboflebiti.

L'A. ricorda con terrore di aver osservato, nella sua giovinezza, un'epidemia da str. emolitico in una Clinica: un assistente presentò un'angina flemmonosa, un suo collega un'angina catarrale semplice: il primo guarì, il secondo morì dopo aver infettato altri 5 colleghi, che morirono tutti (forma contagiosa di Semmelweiss).

L'alta virulenza, o l'incapsulamento dei germi, rendono difficile la loro fagocitazione. Stieves ha veduto istologicamente che l'utero si prepara all'atto della maternità, così pericoloso per lui, con un'invasione di linfociti che vengono ad aggrupparsi intorno agli istiociti, costituendo un aumento di difesa, che Hofbauer chiama « immunità locale ». Pfuhl ha osservato l'intensa proliferazione degli istiociti subendocardici nelle sepsi: e forse — nel bambino — l'attiva proliferazione cellulare lo difende contro i processi settici.

Le sepsi, spesso mortali, d'origine post-tonsillare, sono dovute — secondo Uffenorde — all'invasione del processo dalle tonsille nel tessuto adiacente, dove resta latente ed è con successo aggredibile finchè invade le vene del collo e si diffonde: questo è anche il punto di partenza della poliartrite reumatica, che si avvicina perciò alle sepsi: i noduli di Aschoff sono stati anche trovati nel tessuto peritonsillare.

L'endocardio è spesso colpito e, secondo molti anatomopatologici, lo si ritiene la sede da cui, successivamente, dipendono gl'impegni articolari.

L'indebolimento dell'organismo permette il riaccendersi di focolai latenti: in occasione di una grippe l'A. ha visto un'endocardite maligna lenta impiantarsi su un'endocardite verrucosa.

Come mezzi diagostici di pratica utilità l'A. raccomanda l'uso dell'emogramma di Schilling (deviazione verso sinistra, sec. Arneth) e la semina del sangue in agar e in brodo peptonato.

V. Serra.

Contributo allo studio della trombosi localizzata della vena iliaca comune sinistra.

In un ampio lavoro, riccamente corredato di di macro-e microfotografie, Anders Kristenson (*Acta Med. Scand. Supplem.*, XXXIII, 1930) riferisce 19 casi tutti controllati all'autopsia di trombosi della v. iliaca comune sinistra.

Le malattie che condussero a morte i pazienti sono le più varie; nella maggioranza dei casi tubercolosi a lento decorso cachettizzante, in qualche caso tumori di diversi organi, e in qualche altro (ma sono i meno frequenti) di vizii cardiaci.

La sintomatologia clinica è quasi sempre mancata; o per lo meno è stata così dominata da quella della malattia principale, da sfuggire all'osservazione dei medici.

I reperti anatomo-patologici si basano tutti sulla presenza di pliche, o di restringimenti, o di aderenze delle parti delle vene: il punto più colpito corrisponde allo sbocco della iliaca nella v. cava inferiore.

L'A., avendo osservato queste alterazioni in donne che non avevano mai avuto gravidanze — e in uomini esenti da tumori addominali —

non accetta le vedute di quelli che vedono nella compressione da utero gravido, da splenomegalia da tumore in genere, sulla vena iliaca, la causa prima della comparsa della trombosi.

L'A. ammette invece la compressione che la v. iliaca sinistra viene a sopportare, fisiologicamente, per la sua posizione tra la colonna vertebrale e l'arteria iliaca comune destra: già Aschoff e altri avevano messo in evidenza l'importanza della compressione per la formazione dei trombi: la compressione porta ad una lesione dell'intima, la lesione alla formazione di trombi, e questi alla comparsa successiva (per organizzazione, ecc.) delle alterazioni descritte. Le varici e le trombosi della v. iliaca comune sinistra sono dunque più frequenti per una ragione di posizione del vaso, ripetendosi così per questa vena quanto già è noto, e fu illustrato dall'A. stesso, per la vena renale sinistra.

Segue una ricca letteratura.

V. Serra.

Sull'origine delle flebiti e loro cura.

Che tutte le flebiti siano di origine infettiva è un assioma troppo unanimamente ammesso perchè si possa discutere. Di fronte ad ogni flebite è quindi abitudinario cercare la causa infettiva; e se la flebite sorge durante un tifo, una influenza, dopo un parto... si parla di flebite tifica, influenzale, da parto, ecc.

Millet (*J. de Méd. de Paris*, n. 21, maggio 1930) dice che ciò è semplice, anzi troppo semplice: e giustamente. L'infezione, egli dice, rare eccezioni (sifilide) implica in genere una reazione umorale associata a febbre.

Ora come si denomineranno quelle flebiti che sopravvengono senza febbre in piena salute? Quelle che si hanno in puerpere dopo tre o quattro settimane dal parto decorse senza la minima piressia? Quelle degli appendicectomizzati o isterectomizzati con decorso totalmente apirettico e guarigione rapida *per primam?* Flebite infettiva certamente, ma da quale infezione? Millet dice che si tratta in questi casi di malati con infezione cronica latente per un equilibrio tra difese e infezione che vale a mantenere l'apiressia. In essi basta uno choc, un trauma operatorio, un parto, perchè l'equilibrio si rompa e l'infezione si manifesti con una metastasi venosa che è la flebite. Questa causa infettiva cronica va, secondo l'A., ricercata il più delle volte in una infezione gastro-epato-intestinale preesistente da lungo tempo: una colecistite cronica che può decorrere del tutto latente. Dopo avere citati numerosi casi a sostegno di questa tesi Millet consiglia come cura associata a medicamenti l'uso delle acque di La Léchère les Bains (Savoja). (In Italia non mancano certe acque naturali adattissime allo scopo: Chianciano, Montecatini, ecc. N. d. R.).

L. Tonelli.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Misure contro la diffusione delle malattie infettive.

Disinfezione.

Il regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901 n. 45 detta alcune disposizioni di massima sulle *disinfezioni* (art. 135 e segg.) dichiarandole *obbligatorie* per le biancherie, per gli effetti letterecci e personali, e per le abitazioni, nei casi di malattie infettive comuni ed esotiche e di tubercolosi, ed eventualmente anche in quelli di sifilide (nei casi soggetti a denunzia) e di alcune malattie trasmissibili dall'animale all'uomo (rabbia, carbonchio, morva). È pure obbligatoria la disinfezione dei veicoli adibiti al trasporto degli infermi di malattie infettive e degli oggetti infetti (da farsi possibilmente con mezzi appositi).

Gli ufficiali sanitari, quindi, devono esigere che il Comune, per quanto modesto, sia fornito dell'armamentario strettamente necessario per eseguire le disinfezioni ordinarie, almeno per via chimica, e disponga di una persona capace di servirsene.

Le disinfezioni ordinate dall'Autorità sono a carico del Comune, per quelle richieste da privati, purchè non iscritti nell'elenco dei poveri, l'amministrazione comunale potrà esigere il rimborso delle spese.

Opportunamente il regolamento si limita a dare solo delle indicazioni sommarie, perchè, nella pratica della disinfezione, i problemi che si presentano sono così svariati che, difficilmente, si potrebbero dettare norme di carattere particolare. Sta all'ufficiale sanitario, nelle singole circostanze, decidere l'estensione che deve avere la disinfezione, i metodi da applicare, i disinfettanti più appropriati da usarsi, a seconda del materiale o degli ambienti da disinfettare, della natura della malattia, dei mezzi a disposizione, e via dicendo. Così nei Comuni minori, sprovvisti di stabilimenti appositi, si dovrà spesso ricorrere a sistemazioni improvvisate o di fortuna, per supplire alla mancanza di servizi regolarmente organizzati; ed il tecnico si sforzerà di raggiungere, pur coi pochi mezzi disponibili, risultati soddisfacienti.

Comunque l'ufficiale sanitario terrà sempre presente che, oltre alla disinfezione delle biancherie, degli oggetti letterecci e personali e delle abitazioni, cui accenna il regolamento, è indispensabile quella degli escreti e secreti dell'ammalato, per mezzo dei quali si eliminano e si diffondono i germi di un gran numero di malattie infettive, e quindi, sopratutto, è necessario disinfettare gli sputi, le orine e le feci, nonchè tutto ciò che possa esser stato contaminato da tali materiali, e le latrine e pozzi neri. Per speciali infezioni (vaiuolo) si darà importanza anche ai prodotti d'origine cutanea.

E' quasi superfluo aggiungere che la disinfezione, per essere veramente efficace, occorre sia eseguita a regola d'arte, da personale competente e scrupoloso. Certe spruzzature superficiali di sublimato, di latte di calce o di creolina, di cui spesso ci si contenta e nelle quali talvolta si compendia tutta la disinfezione, specialmente nelle campagne, se possono soddisfare la vista o l'odorato del profano, non dànno, in realtà, alcun affidamento di utile resultato.

Per particolari malattie (tifo esantematico, ecc.), che si trasmettono per mezzo di insetti (pidocchi, pulci, cimici) o di altri animali (per es. topi nella peste), sarà necessaria l'applicazione di mezzi speciali capaci di distruggere questi vettori di contagio (*disinfestione* o *disinfettazione, derattizzazione*).

Una questione importante, e che ha dato luogo a discussioni fra gli igienisti, riguarda il periodo della malattia nel quale le disinfezioni devono essere applicate. Alcuni autori, principalmente stranieri, hanno combattuto il sistema delle *disinfezioni finali*, fatte cioè a termine della malattia, dichiarandole dispendiose ed inutili, preconizzando la loro abolizione per alcune malattie, ed in ogni caso l'adozione delle *disinfezioni concomitanti*, da farsi durante la malattia stessa. Senza essere così assoluti, dobbiamo riconoscere che le disinfezioni finali, da sole, non bastano ad impedire la diffusione del contagio, la quale (specialmente nelle malattie esantematiche dell'infanzia) avviene di solito nei primi periodi nella malattia; ma non per questo tali disinfezioni sono da considerarsi affatto inutili. Occorre tuttavia che esse siano sempre precedute da quelle attuate al letto dell'infermo, per tutta la durata della malattia, allo scopo di distruggere sistematicamente i germi, non appena vengono eliminati dall'organismo. Certamente a questa forma di disinfezione gli uffici d'igiene debbono dare la massima importanza, sorvegliandone l'esecuzione e fornendo alle famiglie le istruzioni ed i mezzi per la medesima; all'uopo riescirà di grande giovamento l'opera diligente dei vigili e delle assistenti sanitarie alle dipendenze del Comune. Non vi è dubbio però che una completa disinfezione finale può raggiungere e rendere inoffensivi i germi eventualmente annidati nelle sedi meno accessibili dell'ambiente, e sfuggiti alla disinfezione concomitante e risanare radicalmente l'ambiente stesso; e ciò senza considerare la sua utilità come mezzo di pulizia (molto necessaria in talune abitazioni) e di propaganda igienica.

Oltre a quelle da farsi in occasione di malattie contagiose, il Regolamento generale sanitario prescrive le disinfezioni anche in alcuni casi speciali. Così è vietato (art. 140) vendere o tenere per vendere abiti, oggetti usati di vestiario e letterecci, che non siano stati disinfettati e puliti. Sono obbligatorie (art. 139) la generale disinfezione e ripulitura, almeno una volta all'anno, per gli ospedali, opifici ed istituti in genere di cura o di ricovero, pubblici o privati; nonchè per le scuole, i convitti, asili ed istituti di educazione e istruzione (art. 143). Per gli alberghi, locande e pensioni il Regolamento Sanitario (art. 139) dava facoltà ai Comuni di imporre la ripulitura annuale, preceduta, occorrendo, da disinfezione; successivamente il regolamento sulle migliorie igieniche negli alberghi (R. D. 24 maggio 1925, n. 1102) ha reso tale disinfezione obbligatoria.

È stretto dovere degli Ufficiali Sanitari esigere che queste disinfezioni periodiche, prescritte all'infuori di qualsiasi caso di malattia infettiva, per i locali destinati alle collettività, siano scrupolosamente eseguite ogni anno, e più spesso se occorre.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Antigene metilico Nègre e Boquet. — Al dott. P. D. de L.:

Oltre la pubblicazione comparsa sulla sezione pratica del *Policlinico* di quest'anno, Ella potrà trovare una pubblicazione dei proff. NÈGRE e BOQUET intitolata: « Antigenothérapie de la tubercolose », edita da Masson, Parigi.

Circa l'antigene non è in vendita in Italia; e per procurarselo occorrerebbe rivolgersi agli stessi proff. NÈGRE e BOQUET dell'Istituto Pasteur.

G. MENDES.

All'abb. n. 5877:

1) Abbiamo trasmesso a una ditta commerciale il suo desiderio.

2) Un giornale che si occupa specialmente di odontotecnica è: *Die Zahnprothese*, Neuenburger Strasse, n. 37, Berlin S. W. 68, Germania.

A. PIPERNO.

Al dott. B. V., abb. n. 327-4:

La cura migliore per l'idrottalmo rimane sempre quella medica e cioè l'istillazione di miotici (pilocarpina ed eserina). Tra le cure chirurgiche quella che meglio risponde è la trapanazione di Elliot. Non vi sono pubblicazioni speciali sul Buftalmo, altro che nelle Riviste di Oculistica; tutti i trattati di Oftalmologia ne parlano più o meno diffusamente. Per maggiori chiarimenti confronti le monografie di: LAGRANGE: *Traitement du glaucome infantile*, Bull. de la Soc. franç. d'Ophth., 1925; o JAENSCH: *Pathologie und Therapie des Hydrophtalmus congenitus*, Breslau, 1926; o COSMETTATOS: *L'Hydrophtalmie congénitale*, Annales d'Oculistique, 1928.

MEZZATESTA.

All'abb. n. 8669:

Legga: SAMBON: *Researches on the epidemiology of cancer made in Iceland and Italy*, The Jour. of tropical med. a. Hyg., 1925.

R. BRANCATI.

All'abb. n. 3777:

Oltre il BAINBRIDGE: *Il problema del cancro*, edit. L. Pozzi, Roma, legga: BARBACCI: *I tumori* (volume del trattato italiano di chirurgia); FICHERA: *Tumori*, Unione tip. ed. torinese; RONCALI: *Flogosi e carcinoma*, Unione tip. ed. torinese. MÉNÉTRIER nella traduz. italiana.

R. BRANCATI.

All'abb. n. 1972:

Un lavoro completo sull'argomento che Lei ricerca si trova nel volume 22° degli « Ergebnisse für Chirurgie und Orthopaedie », pubblicato a Berlino dall'edit. J. Springer nel 1928. L'articolo è di F. LIEBIG (Breslavia) e si intitola: *Die Myositis ossificans circumscripta*. Consta di 82 pagine e raccoglie la bibliografia completa fino al 1928 compreso.

P. VENEZIAN.

Al dott. Q. S. da V.

Suggeriamo:

Medizinische Welt, Potsdamer Strasse 108, Berlin W 35; settimanale; abb. G. M. 2 mensili.

The Lancet, Adam Street 7, London W. C. 2; settimanale; abb. annuo L. st. 2 s. 10.

La Presse Médicale, Boulevard Saint-Germain 120, Paris (VIe); bisettimanale; abbon. annuo frs. 140. A. P.

Al dott. L. L. da Zara:

Suggeriamo:

DOGLIOTTI. *La trasfusione di sangue;* PAUCHET e BÈCART. *La transfusion du sang*. G. Doin, Parigi. P. V.

VARIA.

Quartieri e villaggi di vitiliginosi.

Kirschfeld (*Russikij Zhurnal Tropiceskoj Med.*, 1929, n. 2) descrive un quartiere di vitiliginosi, il quale ha sede all'esterno della città di Bucara (ben nota per i suoi tappeti).

Gli abitanti della regione chiamano « pes », i vitiliginosi. Non sanno distinguerli bene dai casi di lebbra anestetica e perciò li considerano come altrettanto temibili, dal punto di vista del contagio, e li espellono quali impuri, confinandoli in quartieri speciali, « Khona ». Non è raro di trovare tra di essi anche dei lebbrosi.

Accade sovente che un uomo scopra la vitiligine nella moglie ed espella questa dalla comunità o viceversa.

Tale espulsione, accompagnata dalla perdita di tutti i diritti civili, mette i disgraziati in una situazione penosissima. Si riserva loro un posto presso il cimitero, come a significare che sono perduti e che devono attendere soltanto la morte. I ricchi possono però pagare una tassa alla comunità e non essere confinati. E' vietato, comunque, ai vitiliginosi di frequentare gli alberghi, i ristoranti e le riunioni. Non vengono ingaggiati come lavoratori. Vivono quasi tutti di mendicità; ma in estate alcuni contadini li assumono, per i lavori più pesanti, ben inteso a tariffe ridotte. La popolazione locale evita ogni contatto con essi ed anche con la loro discendenza: perciò nei « pes-khona » si trovano anche molti discendenti del tutto indenni dalla malattia.

Il « pes-khona » di Bucara, a nord-est della città, presso la cinta fortificata, probabilmente esisteva prima che questa fosse costruita. Un tempo era molto popolato; ma ora gli abitanti vi sono ridotti a 107, di cui 37 uomini, 39 donne e 31 fanciulli. Di essi, solo 35 sono colpiti da vitiligo; gli altri 72 non presentano alcuna traccia dell'affezione, ma discendono da vitiliginosi, e più precisamente in 43 la malattia aveva colpito i genitori; in 23 gli avi; in 6 i bisavi.

Finora i vitiliginosi non si rivolgevano ai medici, ma solo ai funzionari civili. Il servizio sanitario di Bucara ha organizzato una consultazione medica nel loro quartiere, e il Servizio dell'Istruzione Pubblica vi ha aperto una scuola.

A volte i vitiliginosi vengono raccolti, addirittura, in villaggi, « kishlas », remoti ed isolatissimi.

Nella popolazione dell'Uzbekistan la vitiligo è comune; secondo informazioni del Servizio sanitario, durante il 1926 le istituzioni mediche della repubblica ne registrarono 1772 casi; durante il 1917 ne furono accertati 1605 casi. Molti altri casi però sfuggono agli accertamenti.

Questi rilievi potrebbero far supporre l'esistenza di molti lebbrosi. Le autorità locali non sanno precisare nè il numero dei « kishlas » o villaggi di lebbrosi-vitiliginosi, nè il numero dei loro abitanti. L'inchiesta accurata dell'autore dimostra che nella maggior parte di tali villaggi non vi sono lebbrosi. In uno di essi gli abitanti si dichiaravano lebbrosi solo per non pagare le imposte; ma realmente erano vitiliginosi.

L'A. traccia un programma d'azione, allo scopo di restituire all'esistenza normale tante migliaia di infelici, che vivono in uno stato d'isolamento e d'abbrutimento ed in condizioni pietosissime. Insiste sovratutto sulla necessità di spiegare, alla popolazione, la differenza che intercede tra lebbra e vitiligine: la prima è contagiosa, mentre la seconda non presenta alcun pericolo e non è che una maschera della lebbra.

(*Ann. d'Ig.*, ag. 1930). A. BONI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'insegnamento della Medicina del Lavoro.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale ha diramato la seguente circolare ai Rettori di Università sedi di Facoltà Mediche:

« Il Ministero delle Corporazioni, richiamando i provvedimenti legislativi che hanno portato alla creazione di istituzioni assistenziali per la tutela igienica e sociale delle classi lavoratrici, rivolge vive premure affinchè venga istituito presso le Università del Regno l'insegnamento ufficiale sulle Malattie del Lavoro, per rendere possibile la formazione di esperti, che avrebbero possibilità di facile collocamento nelle numerose istituzioni assistenziali, aziendali e pubbliche, venutesi costituendo per il fine predetto, e dei quali è oggi vivamente intesa la necessità.

Questo Ministero, aderendo alla richiesta, fa invito alle SS. LL. di voler segnalare le premure del Ministero delle Corporazioni alle Facoltà medico-chirurgiche, perchè queste, dato lo sviluppo sempre maggiore e data l'importanza che ogni giorno più va assumendo, dal punto di vista pratico e scientifico, la medicina del lavoro, vogliano tenerla presente per quei provvedimenti che, nella loro competenza, riterranno di adottare nei riguardi dell'ordinamento degli studi delle Facoltà stesse, offrendo così a quegli studenti, che vi abbiano interesse, la possibilità di iscriversi al nuovo insegnamento e consigliandone, in ogni caso, lo studio ».

Il Ministero dell'Educazione Nazionale intende in tal modo concorrere efficacemente alla realizzazione dei postulati della Carta del Lavoro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASTEL D'ARGILE (*Bologna*). — Scad. 25 nov.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500-2000-3000 trasp., L. 500 uff. san., addizion. L. 3 oltre 1000 iscritti; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CEPRANO (*Frosinone*). — Per titoli. Abitanti 7283, dei quali 4711 sparsi in campagna e comprende circa 850 poveri. Stipendio annuo L. 8500 lorde di ritenute per Ricch. Mob., Cassa Prev. Sanitari, I. N. I. E. L. e Collegio-Conv. di Perugia. Lo stipendio è aumentabile di un decimo per ogni quadr. e per cinque quadrienni. Caro viveri come per gli altri dipendenti comunali. Le domande e i documenti debbono pervenire al Comune entro il 30 novembre. Per chiarimenti e bando di concorso rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CHIARI (*Brescia*). *Spedale Mellini*. — Medico primario; proroga a tutto 10 dic. Si rende noto che l'Istituto provvede all'assistenza ospitaliera per nove comuni con una popolaz. complessiva di circa 40.000 abit.

COGNE (*Aosta*). — Scad. 1° gen. 1931, L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 bicicl., L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

FAGAGNA (*Udine*). — Scad. 20 nov.; 2ª cond., con Cascano; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., lire 1000 se uff. san., c.-v., L. 3000 automob.; tassa L. 50.

FORLÌ. *Ospedale G. B. Morgagni*. — Aiuto medico, aiuto chirurgo, assistente medico e assistente chirurgo. Scad. ore 18 del 5 dicembre. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

FORNI AVOLTRI (*Udine*). — Scad. 25 nov.; lire 10.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 3000 trasp., L. 900 uff. san., c.-v.; età lim. 50 a.

MONESIGLIO (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; L. 9700 oltre L. 1500 motociclo, L. 800 se uff. san.; tassa L. 50,10.

NOICATTARO (*Bari*). — Scad. 15 dic.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

NORCIA (*Perugia*). — Condotta per Campi-Ancarano, con residenza in Campi. Stipend. L. 9800 annue, aumentab. di un decimo per tre quinquenni, ritenute di legge R. M. e Monte Pens. Indenn. serv. attivo L. 2100, prima e seconda indennità caro viveri come per gli altri dipendenti del Comune. Scaden. 31 dicembre.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 25 nov.; 1ª condotta; ab. 2200; L. 7000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2500 trasp., L. 1400 uff. san.

ROCCA PIETORE (*Belluno*). — Scad. 10 dic.; lire 9000 oltre 5 quadrienni dec., L. 500 uff. san., c.-v., L. 1000-2000-3500 trasp., L. 540 ambulatorio.

ROMA. *Camera dei Deputati*. — Concorso per titoli al posto di medico; scad. 30 nov.; L. 12.000; biennio di prova.

S. MARGHERITA D'ADIGE (*Padova*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 1000 ambulat., L. 3000 trasp., c.-v. per ammogliati; età lim. 40 a.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale*. — Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica. Stipendio annuo lordo L. 13.000. Indenn. serv. attivo L. 3000 e indennità caro viveri come per legge, oltre una percentuale sui proventi per ricerche ed analisi negl'interessi di istituzioni pubbliche o private o di cittadini. Età massima anni 45, salvo disposizioni legge. Scadenza ore 12 del 26 novembre. Per ottenere il bando di concorso e chiarimenti, rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

TIGNALE (*Brescia*). — Scad. 31 dic.; L. 12.000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., lire 200 arm. farm. ecc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

TRENTO. *Comune*. — Scad. ore 17 del 30 nov.; per due sobborghi; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 750 uff. san., L. 1400 indenn. alloggio, c.-v.

ZUCCARELLO (*Savona*). — Scad. 25 nov.; consorzio; L. 12.000 complessive.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel per la medicina è stato assegnato al prof. Carlo Landsteiner, cui si deve la scoperta dei gruppi sanguigni, dimostratasi importantissima per la pratica della trasfusione e nella eredologia.

Il Landsteiner è nativo di Vienna, ma risiede a New York, ove dirige l'Ospedale Guglielmino. Ivi potè compiere i suoi studi d'ematologia grazie ai mezzi posti a sua disposizione dall'Istituto Rockefeller.

Il Landsteiner ha ora in corso degli studii sul cancro.

Il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha assegnato, su dieci concorrenti, il premio internazionale Luigi Devoto, ammontante a lire diecimila, al prof. Ludwig Teleky di Düsseldorf.

Questo premio, fondato dagli allievi in occasione del giubileo del prof. Luigi Devoto, viene assegnato, ogni due anni, a quel lavoro che ha portato un contributo risolutivo nel campo della patologia del lavoro.

Il Teleky è stato prescelto per i suoi studii sulle malattie polmonari da polveri (silicosi), che valsero, fra l'altro, a spingere il governo germanico a fare un'ordinanza, per la quale le silicosi gravi sono considerate come malattie indennizzabili.

Il nuovo concorso al premio Devoto si chiuderà il 31 dicembre 1931.

L'Università di Parigi ha conferito il titolo di dottori *honoris causa*, tra altri, ai proff. Zwandemaker, di fisiologia a Utrecht, e Dervey, di fisiologia a New York (Columbia University). L'annunzio venne dato in occasione della cerimonia inaugurale dell'anno accademico, svoltasi con grande solennità nel grande anfiteatro della Sorbona.

Il prof. Filippo Di Capua, l. d. di clinica pediatrica nell'Università di Napoli, è nominato, in esito a concorso, direttore del Brefotrofio di Foggia.

NOTIZIE DIVERSE.

Inaugurazione di anni accademici.

Con straordinaria solennità si è svolta, all'Università di Roma, la cerimonia inaugurale dell'anno accademico 1930-31.

Vi intervennero il ministro dell'Educazione on. Giuliano, il segretario del Partito Fascista on. Giuriati e molte altre autorità e spiccate personalità. Il rettore magnifico sen. Millosevich tenne un elevato discorso, in cui mise particolarmente in rilievo il nuovo assetto edilizio in corso, che condurrà alla Città degli studi auspicata da Baccelli e ora voluta dal Duce, e le molteplici opere assistenziali e sindacali, a favore degli studenti e del personale assistente; commemorò gl'insegnanti scomparsi nello scorso anno, tra cui Mingazzini, Lo Monaco e Fano, e salutò le nuove reclute dell'insegnamento, tra cui Amantea. Elevò un inno all'avvenire della patria.

Seguì il discorso inaugurale del prof. Enrico Fermi.

A Torino la cerimonia inaugurale si è svolta alla presenza dei Principi di Piemonte e del Duca d'Aosta.

Anche negli altri Istituti superiori del Regno le rituali inaugurazioni dell'anno accademico si sono compiute con cerimonie significative.

La città degli studi a Roma.

Il Capo del Governo ha firmato il decreto concernente l'Università di Roma. Con esso viene avviato a soluzione il problema universitario romano.

Ecco il testo del decreto:

Art. 1. — L'area contenuta fra il Viale dell'Università, il Viale della Regina, la via dei Peligni, ed il Viale del Policlinico è esclusivamente riservata per la costruzione degli edifici universitari occorrenti alle Facoltà di lettere, giurisprudenza, scienze politiche, fisiche, chimiche, biologia, mineralogia e botanica, escluse: la parte di detta area da assegnare alla Casa dello Studente e quelle già destinate all'Istituto di Farmacologia, all'Istituto di Medicina Legale ed alla Clinica per malattie nervose.

Qualunque altra concessione su detta area s'intende revocata.

Art. 2. — In conseguenza della destinazione dell'area di cui al precedente articolo e dopo che saranno stati costruiti i relativi edifici universitari, gli edifici attualmente occupati dalle Facoltà nel precedente articolo indicato saranno dismessi al patrimonio dello Stato, escluso l'edificio della Sapienza nel quale rimarranno il Rettorato e la Segreteria.

* * *

Con questo decreto il problema universitario romano si avvia verso una soluzione completa ed integrale, quale era vagheggiata dal Baccelli.

Un'area immensa, posta in una situazione salubre e particolarmente adatta al raccoglimento degli studi, è destinata a riunire gli edifici occorrenti a tutte le facoltà. Al palazzo della Sapienza, certamente sacro a molti ricordi e a molte tradizioni, ma inadeguato alle esigenze di una vita universitaria come quella di Roma, resteranno soltanto gli uffici di Presidenza e di Segreteria; mentre le Facoltà troveranno posto in edifici vasti, confortevoli e adeguati alle più moderne esigenze didattiche e scientifiche.

Consiglio Nazionale delle ricerche.

Sotto la presidenza del sen. Marconi si è riunito in seduta ordinaria il Direttorio del Consiglio delle ricerche. Erano presenti i membri Giannini, Magrini, Parravano, Vacchelli e il direttore generale della istruzione superiore Frascarelli. Assenti giustificati, Blanc e Stringher. Il Direttorio si è occupato dei rapporti fra il Consiglio nazionale ed il Consiglio internazionale delle ricerche che ha sede a Bruxelles, in occasione della eventuale riforma degli statuti di quest'ultimo, che cessano di avere vigore col 1931. Il Direttorio ha iniziato la discussione del bilancio preventivo per il 1931 in relazione al programma dei lavori in corso. Ha preso conoscenza con compiacimento di una comunicazione dell'editore Cappelli di Bologna circa uno schedario internazionale di pubblicazioni mediche che certamente può riuscire utile ai nostri studiosi.

Esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale.

Con Ordinanza ministeriale del 18 ottobre 1930, è indetta, per il corrente anno, la sessione degli

esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo; saranno sedi di esame le RR. Università di Bologna, Firenze, Genova, Napoli, Padova, Palermo, Pavia, Pisa, Sassari, Torino.

Gli esami avranno inizio, per tutte le professioni ed in tutte le sedi, il 29 novembre 1930.

Titoli di studio conseguiti all'estero.

Con circolare del Ministro dell'Educazione in data 22 luglio 1930, N. 92 (*Boll. Uff.*, 29 luglio 1930, n. 30), sono dettate le norme emanate a tutte le Regie Rappresentanze diplomatiche e consolari all'estero, per la « Vidimazione titoli di studio ».

Altra circolare 25 settembre 1930, N. 122 (*B. U.* 7 ott. 1930), n. 40) comunica che « nel caso di dubbio da parte delle Autorità accademiche sulla natura e sul valore degli studi medici compiuti negli S. U. d'America da giovani che intendano ultimare nel Regno la loro istruzione, ovvero chiedere il riconoscimento del loro titolo accademico, i Rettori delle Università potranno rivolgersi per opportune informazioni alla « American Medical Association » di Chicago, la quale — giusta informazioni fornite dalla R. Ambasciata in Washington — è autorizzata a determinare il valore delle Scuole mediche dell'Unione ».

Per i corsi d'igiene nelle Università.

Con R. D. 12 maggio 1930, N. 773 (*Gazz. Uff.* 23 giugno 1930, N. 145) il secondo comma dell'art. 4 del R. D. 29 maggio 1898, N. 219, contenente disposizioni per l'insegnamento dell'Igiene, modificato con R. D. 19 settembre 1921, N. 1620, è sostituito dal seguente:

« Ciascuna Università stabilirà, anno per anno, la somma che gli ammessi al Corso dovranno pagare a titolo di contributo a tutte le spese per il funzionamento del corso. Tale somma, che non potrà superare le lire cinquecento, sarà versata alla Cassa dell'Università ».

Scuola di perfezionamento in radiologia medica a Bologna.

Nell'Istituto di Radiologia della Clinica Medica Generale della R. Università di Bologna (Ospedale S. Orsola), è istituita e funziona la Scuola post-universitaria di perfezionamento per specialisti in Radiologia medica.

Alla Scuola possono essere inscritti soltanto i laureati in medicina e chirurgia: i corsi hanno la durata di due anni.

Le iscrizioni, per le quali è richiesta oltre la domanda al Magnifico Rettore anche la presentazione del certificato di nascita legalizzato, dei titoli di studio, nonchè delle quietanze delle tasse, sopratasse e contributi, si chiudono improrogabilmente col 30 novembre.

Per maggiori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della R. Università (Facoltà di Medicina e Chirurgia).

Direttore della Scuola è il prof. G. Viola; incaricato della Radiologia è il prof. G. G. Palmieri.

29° Congresso nazionale di Ostetricia e Ginecologia.

Il Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia doveva tenersi a Milano in occasione dell'inaugurazione di un monumento al compianto sen. prof. Mangiagalli; ma per impreveduti ritardi nell'esecuzione del monumento, il Congresso è stato indetto di nuovo in Roma e precisamente dal 18 al 21 dicembre nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica al Policlinico Umberto I.

I consoci prof. Bacialli e Micheli vi porteranno due relazioni, sui temi stabiliti: « Miomectomia », « Nati-Mortalità ».

L'« Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia », come negli anni ultimi, manderà rappresentanti suoi al prossimo Congresso, per far noto agli Ostetrici ed ai Ginecologi italiani il suo assiduo lavoro per la difesa della maternità, e per profittare delle risultanze delle discussioni obbiettive, che saranno promosse dai congressisti sulle comunicazioni sue.

Ogni comunicazione riguardante il Congresso deve essere inviata al segretario prof. Cesare Micheli, Roma, via XX Settembre 68.

Le comunicazioni scientifiche individuali devono esser presentate dattilografate e munite di un brevissimo cenno di riassunto o di conclusioni (dieci righe dattilografate, non più) richiesto dal Comitato delle ricerche.

La notizia di partecipazione al Congresso e la richiesta dei documenti per le facilitazioni ferroviarie debbono esser mandate al segretario in tempo utile.

Convegno idrologico a Termini Imerese.

Si è riunita a Termini Imerese, Stazione termominerale a 40 Km. da Palermo, la Sezione siciliana della Società Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica, iniziando con questo una serie di convegni intesi a valorizzare le magnifiche risorse idroclimatiche dell'Isola.

Pel Sanatorio di Nuoro.

Il sen. Cremonesi, Presidente della Croce Rossa Italiana, ha presentato al Capo del Governo il progetto per la costruzione dell'erigendo sanatorio della C. R. I. a Nuoro.

Il Capo del Governo s'è compiaciuto con il senatore Cremonesi, per la rapidità con la quale ha proceduto nel lavoro preparatorio della costruzione di imminente inizio, e con l'ing. Venturi che è l'autore del progetto, contenente geniali innovazioni della tecnica edilizia ospedaliera.

Colonia climatica in Liguria.

Nella prossima primavera si inaugureranno i lavori per l'erezione di un grande fabbricato che nelle vicinanze di Chiavari dovrà accogliere la grandiosa Colonia ideata da Antonio Devoto, ligure non immemore che dopo una vita di settant'anni di lavoro, per la maggior parte trascorsi nell'Argentina, attraversando aspre battaglie, volle disporre per la fondazione di un complesso di opere di beneficenza, fra loro legate e dirette anche a cementare i rapporti di fratellanza Italo-Liguri-Argentini.

Il grande fabbricato sorgerà su un'area di 800 ettari di terreno, su altura di oltre 1100 metri sul mare, nel Circondario di Chiavari, a poca distanza dal passo di Bocco. Chi attende con amore allo sviluppo della benefica idea pensa di poter inaugurare questo Istituto nella primavera del 1932.

Il Consiglio amministrativo è presieduto dal prof. Luigi Devoto, che dell'Opera è stato ed è tuttora infaticabile organizzatore.

Elargizione.

Il comm. Michele Conte fu Andrea, da Frigento, in occasione del 70° anniversario della sua nascita e volendo solennizzare l'inizio del nono anno del Regime fascista, ha versato nella Cassa del Ministero dell'Interno lire 300.000 per la fondazione di due opere pie, di cui una per l'erogazione di un premio annuo di L. 5000 ad un giovane che, avendo percorso il 1° anno in una Facoltà medica di qualunque Università del Regno, intenda proseguire fino alla laurea lo stesso ordine di studi nell'Università di Roma.

L'on. Arpinati ha manifestato al comm. Conte, già più volte benemerito, il suo plauso.

Il prof. Parrozzani.

Un efferato delitto — che ha sollevato profonda indignazione in tutta Italia — ha tolto la vita al prof. Antonio Parrozzani, il quale da oltre un venticinquennio dirigeva con rara competenza e con passione l'Ospedale Civile di Tivoli, nel quale era anche chirurgo primario.

Era stato aiuto negli Ospedali di Roma, dove aveva acquistata l'abilità da tutti riconosciutagli.

Chirurgo provetto, il suo nome rimarrà legato al primo intervento, in Italia, felicemente riuscito, di sutura del miocardio.

Fu una nobile figura di studioso, di professionista e di uomo. Di un disinteresse straordinario, era generalmente apprezzato e benvoluto. Se n'è avuta una prova agli imponenti funerali, come pure nel gran numero di commosse condoglianze giunte da ogni parte d'Italia; tra esse erano anche quelle del nostro giornale.

* * *

Per onorare la memoria del compianto sanitario, l'amministrazione dell'Ospedale Civile di Tivoli ha deciso di erigere un padiglione, che ne recherà il nome.

E' stata aperta all'uopo una sottoscrizione. Il Comune di Tivoli concorre con L. 25.000; il Podestà e i componenti la Consulta Comunale con L. 1000; i componenti l'amministrazione ospedaliera con L. 500.

Il nostro giornale ha sottoscritto per L. 200.

I colleghi che vorranno contribuire con offerte anche minime, possono inviarle sia alla nostra amministrazione in via Sistina 14, la quale ne darà nota nel giornale e le trasmetterà a destino, e sia direttamente alla Direzione dell'Ospedale di Tivoli (e per essa al Presidente, gen. comm. Vincenzo Leoncelli).

Onoranze alla memoria del Prof. A. Sclavo.

L'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene ha tenuto in questi giorni in Roma una riunione preliminare in merito alle onoranze da tributare alla memoria del suo benemerito presidente generale prof. Achille Sclavo.

Alla riunione sono intervenuti il sen. prof. L. Simonetta, il prof. A. Di Vestea, il dott. A. Lutrario, l'on. prof. E. Fioretti, segretario nazionale del Sindacato Medico Fascista, i rappresentanti dell'Associazione Italiana della Croce Rossa, della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali, dell'Associazione Nazionale Combattenti, dell'Associazione Nazionale Fascista Medici Condotti, della R. Società Italiana d'Igiene e molti altri autorevoli soci e rappresentanti delle Sezioni e degli Enti aderenti all'Associazione; numerose le adesioni tra le quali specialmente gradita e significativa, quella della Direzione Generale della Sanità Pubblica, comunicata dal prof. A. Ilvento.

Unanime è stato è il consenso sul dovere che incombe all'Associazione di perpetuare la memoria dell'illustre scomparso con iniziative a carattere nazionale degne del grande Maestro, vera gloria italiana.

Fra le proposte si è accennato alla commemorazione ufficiale da tenersi solennemente a Siena nell'anniversario della sua morte, alla pubblicazione della biografia, all'istituzione per sottoscrizione nazionale di una Fondazione, ugualmente nazionale, da intitolarsi ad Achille Sclavo, vero apostolo del progresso igienico del Paese; ma ogni definitiva decisione è stata demandata all'assemblea generale dei soci che in via straordinaria sarà convocata in Roma il 7 dic. p. v.

L'assemblea generale dovrà anche procedere alla designazione del nuovo presidente generale, da ratificarsi da S. E. il Segretario Generale del P. N. F., dopo aver modificato in parte lo Statuto sociale per uniformarlo alle norme che disciplinano le Associazioni culturali inquadrate nei Sindacati Fascisti.

A nome dei convenuti è stato inviato un telegramma di cordoglio alla desolata compagna dell'illustre Estinto.

In memoria di Lermoyez.

Il 16 ottobre, con l'intervento di numerosi oto-rino-laringologi, fu inaugurato un busto di Marcel Lermoyez all'Ospedale Saint-Antoine di Parigi, nel Servizio ch'egli ha creato ed ove egli ha istruito per 30 anni tante generazioni di specialisti. Il padiglione porterà ormai il suo nome.

Furono pronunziati molti discorsi. Il decano dei medici dell'ospedale, il venerando Siredey, rievocò lo spirito artistico di Lermoyez, che dovette al suo amore per la musica le sue prime ricerche sulla fonazione; fu allievo di Le Blant e diresse la Scuola francese di Roma.

Un medico che dà il suo sangue.

Il dott. Giuseppe Vecchi, assistente presso la clinica di patologia chirurgica dell'Università di Torino, ha dato il suo sangue per una suora ricoverata nell'Ospedale civile di Piacenza, le condizioni della quale erano improvvisamente peggiorate, dopo un importante intervento operatorio, eseguito dal chirurgo primario nell'Ospedale, padre del dott. Vecchi.

Falso medico.

È stato arrestato a Villa Carcina (Brescia) tale Ettore Pescaroli, di anni 31, pedicure, che si era da sè promosso medico, sotto l'accusa di truffa, abuso di titolo ed esercizio arbitrario della professione di sanitario.

È morto il prof. GIAN CARLO CAPELLINI, medico primario nell'Ospedale Vitt. Em. III di La Spezia, figlio del celebre geologo prof. Giovanni; era un provetto oftalmologo; era anche un appassionato cultore dell'archeologia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Argent. Enferm. App. Digest., giu.-lug. — C. BONORINO UDAONDO e al. Azione eccito-secretoria gastrica degli spinaci. — R. M. CASTEX e C. LLAMBÍAS. Mesenterium commune. — E. A. VIOTTE e L. TESSIEN. Prove di Delut e Verpy.

Día Med., ag. (ediz. straord.). — A. PERALTA RAMOS. Trattam. dell'infez. puerperale. — J. LLAMBÍAS e J. W. TOBIAS. Amilosi renale solitaria a evoluz. lenta. — J. R. BELTRAN. Il fattore semita nell'opera di Lombroso.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24 ag. — G. TRON. Rapporti tra tubercolosi ed industria.

Paris Méd., 30 ag. — J. MINET e A. PATOIR. Corea cardiaca evolutiva.

Minerva Med., 8 sett. — C. FRUGONI. Pneumotifo. — V. VANNI. Il brivido come equivalente dell'accesso malarico.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — E. NOVAK. Corioepiteliomi. — J. U. HINTON. Ipertiroidismo e gravidanza. — E. FRAK. Endocrinologia in ginecologia e ostetricia.

Riv. Med.-Soc. della Tbc., lug.-ag. — A. CALMETTE. Vaccinazione preventiva della tubercolosi.

Arch. Ital. di Urol., ag. — O. PEPI. Patologia e terapia della duplicità ureterale. — M. PAVONE. Litotribolapassi.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 30 ag. — G. AMADUCCI. Microreaz. di Meinicke sul liquor cer.-spin. — L. DE LISI. Afasie crociate? — E. LUGARO. Fisiopatologia del dolore.

Med. Ital. 25 ag. — V. MASSAROTTI. Esame neuropsicotecnico per i guidatori di auto.

Ned. Tijd. v. Geneesk., 6 sett. — J. J. VAN LOGHEM. Tipi e pseudo-tipi batterici.

Wien. Klin. Woch., 4 sett. — LANDA e FLAUM. Funzione secretoria interna della milza.

Mediz. Klinik, 5 sett. — E. v. ROMBERG. Disturbi funzionali delle arterie. — E. HOKE. Traumi e malattie polmon.

Münch. Med. Woch., 5 sett. — MURPHY e BRUGSCH. Critica della terapia epatica. — REITTLER e LÖWENSTEIN. Reumat. acuto e bacillemia tubercolare.

Mediz. Welt. 6 sett. — R. HEISS. Forma della prostata umana. — W. SCHÖLTZ e J. DOERFFEL. Siero-diagnosi della gonorrea.

Deut. Med. Woch., 5 sett. — BOCHARDT. Struttura, funzioni e psiche. — SATTLER. Glaucoma e m. di Basedow.

Riv. di Pat. e Cl. della Tuberc., 31 ag. — F. PERUSSIA. La tbc. polm. nel quadro radiologico. — D. OTTOLENGHI. Esperimenti di vaccinaz. contro la tbc.

Radiologia Med., sett. — L. CAPPELLI. « Radioanafilassi ». — M. CAMPLANI. Alterazioni scheletriche nella tabe dors.

Norsk Magasin f. Laegevidensk., sett. — J. e K. NICOLAYSEN. Profilassi della trombosi e dell'embolia post-operatorie.

Rif. Med., 1 sett. — P. TREMONTI. Esiste un ormone splenico?

Brit. Journ. Urology, sett. — D. S. RUSSELL. Classificazione del m. di Bright.

Endocrinology, mag.-giu. — P. BASSOL. Endocrinologia e neurologia. — P. V. POTCHKAREFF e A. P. PREOBRAJENSKI. L'ormone ipofisario di Zondek agisce sullo sviluppo corporeo?

Riv. San. Sicil., 1 sett. — B. BARONI. Ernia crurale irriducibile dovuta a miofibroma uter.

Rivista di Terap. mod. e di Med. prat., Milano. — Gli studi italiani nel campo della tisiologia. — I periodici italiani di tisiologia. — Studi italiani di neuropsichiatria. — Iconografia medica italiana.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 24 Novembre 1930 Num. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

OSPEDALE MAGGIORE DI NOVARA
SEZIONE UROLOGICA.

Sull'eziologia della nefrosi lipoidea.

Dott. R. RINALDI, incaricato.

Il problema della nefrosi lipoidea, affezione la cui storia ha già parecchi anni di vita poiche dopo che Müller nel 1905 ne creò la prima descrizione assieme a quella delle altre forme di nefrosi, Munk in una serie di comunicazioni dal 1913 al 1918 e Volhard nei suoi classici lavori sulle nefropatie dal 1914 in poi, ne hanno accuratamente descritta la sintomatologia ed il substrato anatomico, è stata affrontata in questi ultimi tempi da tutti i punti di vista.

E le discussioni sulla patogenesi di questa affezione, se non hanno servito propriamente a delucidare la questione dell'eziopatogenesi della nefrosi lipoidea, hanno però contribuito a dimostrare la complessità della questione della patogenesi dei cosidetti edemi renali.

E mentre in Germania tale questione pare oggi un po' sopita, essa si è riaccesa in Francia, poichè gli autori francesi, arrivati buon ultimi nello studio di questo capitolo a cui hanno fatto in primo tempo il viso d'allarme, considerandolo, come inutile novità « che ci arriva tutta costituita *made in U. S. and Germany* » (Pagniez), l'hanno rinfocata con una serie di comunicazioni e di lavori, che non appaiono ancora bene orientati.

*
* *

Le discussioni principali in questo capitolo sono quelle che vertono sulla autonomia della nefrosi lipoidea, rispetto alle altre nefropatie, sulla sua posizione nosologica e sulla patogenesi dei suoi singoli sintomi.

Considerata in quella che appare la sua forma più pura, la nefrosi lipoidea è una malattia che può comparire a tutte le età, ma forse, contrariamente a quello che si credeva un tempo, è più frequente nell'età infantile che non nell'età adulta. Essa inizia di abitudine in modo subdolo, si installa progressivamente e si manifesta con oliguria ed edemi diffusi talvolta imponenti, ma senza segni di ipertensione, senza minacce di uremia, senza cenni di turbe secretorie.

Si presenta con un quadro urinario di orine scarse, concentrate, a peso specifico alto, contenenti quantità forti e talora fortissime di albumina, senza sangue, con sedimento scarso, in cui però si trovano all'esame microscopico

col polarimetro dei caratteristici granuli birifrangenti isolati o in ammassi, e con un quadro sanguigno non meno caratteristico: ad una moderata eritremia al conteggio, si aggiunge un aumento notevole di tutti i lipoidi ed in prima linea della colesterina, una diminuzione del tasso albuminico con inversione del rapporto $\frac{\text{sierine}}{\text{globuline}}$ e con modificazioni del contenuto in ioni del sangue, che si ripercuote in variazioni dello stato fisico chimico del plasma e del siero.

Le questioni iniziano quando si comincia a discutere dell'esatta designazione di nefrosi lipoidea ai casi puri in cui, clinicamente almeno, si può eliminare la supposizione di ogni lesione glomerulare, e sopratutto, quando si discute sulla patogenesi della forma e sulla patogenesi dei suoi sintomi.

Si tratta di una malattia del rene, limitata in modo assoluto e relativo ai tubuli, con i caratteri di degenerazione pura e primitiva, e con successivi disturbi del ricambio dei lipidi e dei protidi del sangue, che a lor volta causano l'edema e tutte le altre manifestazioni della nefrosi lipoidea, o si tratta di un disturbo primitivo del ricambio, forse addirittura a base costituzionale, che causa delle alterazioni della crasi sanguigna prima e dei reni poi?

Su questo si discute oggi sopratutto in Francia, dove la vecchia concezione semplicista di Vidal e della sua scuola, che spiega l'edema nefritico con la ritenzione del cloruro di sodio lotta contro le nuove ipotesi che forzatamente si impongono.

Di tali questioni non mi occuperò in questa nota, ma, precedendo uno studio di assieme sopra un notevole numero di casi di nefrosi lipoidea osservati, mi limiterò qui soltanto all'argomento più pratico e meno trattato fin'ora, della eziologia di questa particolare degenerazione.

Si discute, se si debba considerare la nefrosi lipoidea come una forma speciale di nefrite, che presenta un quadro clinico suo per la particolare localizzazione e per il tipo di lesioni renali, oppure si debba considerarla come una malattia primitiva del ricambio.

Personalmente, in base ai casi osservati, pur senza trascurare il fattore costituzionale, che primitivamente può avere una parte molto importante nel predisporre l'organismo ad ammalare per cause occasionali minime di nefrosi lipoidea e secondariamente può concorrere nel dare una speciale fisionomia ai sintomi della nefrosi lipoidea stessa, ritengo che non si possa dimenticare che la nefrosi lipoidea è essenzialmente malattia renale.

Nella quale i disturbi di ricambio, che verosimilmente sono secondari alla lesione renale stessa, finiscono col prevalere clinicamente sui disturbi renali, sia nella patogenesi dei sintomi della malattia, sia anche e di conseguenza nella questione terapeutica.

E questo concetto mio, che è un po' in antitesi all'opinione dei più recenti autori che si occupano dell'argomento, e prendono sopratutto in considerazione il fattore costituzionale, si basa essenzialmente sulle mie osservazioni, perchè in otto casi di nefrosi lipoidea, osservati, ben cinque presentarono, in qualche momento almeno del decorso loro, segni affermanti in modo sicuro, una lesione debordante dal sistema tubulare e comprovante una compartecipazione glomerulare.

In accordo quindi con Löhlein, Siebeck, Eckstein, Fornara e Villa riaffermo quindi questo concetto, in antitesi alle affermazioni di Esposito e Ferrata, per i quali: «non conviene esagerare nell'attribuire notevole valore a pregresse alterazioni glomerulari, per la genesi della nefrosi lipoidea, ed è quindi più facile di quanto non credano gli autori suddetti l'osservare quadri di nefrosi lipoidea genuina».

Considerata così la nefrosi lipoidea rimane sempre da discutere il problema dell'eziologia sua o meglio l'eziologia dei singoli casi nei quali si presenta tale quadro morboso. Il che ha tanto maggiore importanza in quanto, solo dall'esatta conoscenza delle cause, si potrà stabilire un piano di difesa e di profilassi sicura di questa malattia.

Munk, l'autore al quale spetta indubbiamente di aver data la più completa descrizione della nefrosi lipoidea e di aver per primo posta la questione della sua entità nosologica, discutendo dell'eziologia di questa forma, afferma che in base a ricerche sperimentali su animali ed alle sue ricerche anatomiche e cliniche, non esistono veleni chimici nè veleni bacterici che provochino una degenerazione lipoidea renale.

Egli prende invece in considerazione le «malattie costituzionali croniche».

La tubercolosi e le malattie suppuranti, secondo la sua esperienza, non causano mai la nefrosi lipoidea pura, ma, tutt'al più, forme in cui la degenerazione lipoidea è accompagnata da un processo amiloide, da ritenersi verosimilmente primario. La parte della tubercolosi, considerata nel senso suo più largo immunizzante, nella patogenesi della nefrosi lipoidea richiede però ulteriori delucidazioni.

Il solo, unico virus patogeno conosciuto che produca una nefrosi lipoidea pura è l'agente patogeno della sifilide. Ed egli riporta casi in cui clinicamente ed anatomicamente esisteva una nefrosi lipoidea pura (conferma, in un caso, all'autopsia) ed i sintomi clinici della nefrosi comparvero in coincidenza con i sintomi della sifilide.

Con questo però Munk non dice che la sifilide sia l'unica causa nella produzione della nefrosi lipoidea.

Invece egli discute se questa degenerazione debba attribuirsi piuttosto che all'azione diretta di un virus patogeno alle sue tossine, così come alle tossine di germi patogeni si attribuiscono le lesioni renali delle nefrosi necrotiche. E siccome esiste un'intera serie di argomentazioni che convincono che l'alterazione patologica della cellula renale è la conseguenza di una netta alterazione della costituzione sanguigna, cosicchè non solo le cellule renali, ma in modo adeguato tutte le altre cellule dell'organismo e lo stesso mezzo colloidale organico sono interessati, egli, per primo, valorizza il probabile fattore costituzionale.

A favore di *ciò* egli nota l'inizio graduale della malattia, la presenza di disturbi d'indole generale, l'anemia, la stessa sifilide che è malattia eminentemente costituzionele e la caratteristica tendenza edematosa dei tessuti, che necessariamente fa unire, nella concezione della nefrosi lipoidea, alla valutazione delle manifestazioni renali, la visione di una malattia dell'intero organismo.

Nei lavori ulteriori, che dal 1918 in poi hanno tanto trattato di questa forma, pur non portando grandi variazioni nella primitiva descrizione del Munk, il capitolo dell'eziologia è stato certo un po' trascurato; è stato come un po' soffocato dallo sviluppo dello studio della patogenesi dell'affezione e dei sintomi suoi.

Si è visto nella nefrosi lipoidea un disturbo del ricambio idrico dell'organismo, legato ad un alterato metabolismo dei lipidi e delle proteine, ma non si è investigato sulla causa prima di questo disturbo.

Esposito, Knauer e Wahl, per citare i tre autori che si sono occupati in monografie estese di questo argomento, rappresentano l'esempio migliore di questa tendenza ad ipervalutare la patogenesi e ad ipovalutare l'eziologia di questa forma.

Il fattore costituzionale è stato considerato come fattore direttamente eziologico della nefrosi lipoidea.

Epstein, in una serie di lavori ininterrotti dal 1918 ad oggi, sostiene che la vera causa della nefrosi lipoidea è l'insufficienza tiroidea.

Egli cita numerosi argomenti in favore di questa sua tesi: il metabolismo basale sarebbe sempre abbassato, con in media un abbassamento del 18 %; l'ipotiroidismo sarebbe un sintomo comune del mixedema e della nefrosi lipoidea. Egli cita poi la possibilità della comparsa della nefrosi lipoidea durante una cura di irradiazioni con raggi X al collo e la probabilità del passaggio diretto dalla nefrosi lipoidea a mixedema autentico, ed insiste inoltre sugli effetti terapeutici con la tiroidina in questi casi.

Altri autori lo seguono in questa sua concezione.

Già Müller aveva citato la possibile insorgenza di una nefrosi lipoidea in corso di sindromi tireo-tossiche.

Davidson espone come (nefrosi di origine tiroidea) casi osservati in ragazzi, con secchezza della pelle, lentezza di ideazione, irregolarità e scarsezza delle mestruazioni, riunendo cioè ai sintomi della nefrosi lipoidea sintomi di ipotiroidismo.

Bing e Heckscher trovarono nei cavalli tiroidectomizzati aumento dei lipidi del sangue.

Kaufmann e Mason pensano che vi sia una diminuzione della tiroxina dei tessuti.

Lo Knauer in base all'osservazione di 15 casi di N. L., spiega la patogenesi dell'alterato ricambio idrico con una alterazione fisico-chimica dei colloidi dell'organismo, con conseguente acidosi dei tessuti che porterebbe ad un rigonfiamento così del connettivo sottocutaneo come degli elementi renali, acidosi che si estrinsecherebbe con una alterazione nei rapporti in joni del siero per aumento degli joni di K e diminuzione degli joni di Ca.

Però la natura vera della N. L. è secondo Knauer e Stolz una grave alterazione generale, che concerne essenzialmente il ricambio dei lipidi e che ha i caratteri di malattia costituzionale. Il nefrotico specie nell'infanzia ha un particolare tipo costituzionale. Si tratta abitualmente di bambini essudanti e pastosi che spesso già in precedenza mostrarono segni di ritenzione idrica.

Per Volhard la nefrosi è spesso famigliare ed il nefrotico quasi sempre ha una pressione bassa e molle.

Knauer investigando meglio la natura di queste ipotensioni, sovrattutto in base allo studio delle reazioni dell'organismo alle iniezioni di adrenalina che provocano reazioni nulle o paradosse, fa diagnosi di ipotensione costituzionale ed, in base anche ai rapporti tra mixedema e stato gravidico da un lato e mixedema e nefrosi lipoidea dall'altro, conclude affermando che verosimilmente il substrato della N. L. è un disturbo del sistema tiroideo surrenale.

Ferrata nota una sindrome di obesità leggera con secchezza della cute, astenia, enoftalmo, alterazione del sistema pilare e lentezza del polso.

Come si è visto esiste un intero gruppo di autori che considerano la nefrosi lipoidea come una malattia non soltanto e non tanto del rene, quanto dell'intero organismo. Per questi autori la vera causa della malattia starebbe in un disturbo organico generale che può essere precipitato da varie cause occasionali, ma che ha un profondo substrato costituzionale.

Lasciando a parte la questione su cui molto si discute ancora tra alcuni anatomo-patologi tedeschi, che con a capo Löhlein, Siebeck, Eckstein, Schlayer, ecc., sostengono essere eccezionale e addirittura non esistere una nefrosi lipoidea pura, essendo la degenerazione tubu-

lare lipoidea sempre legata ad una primaria glomerulo-nefrite, e gli altri che, invece, con a capo Munk, sostengono la esistenza e, secondo Ferrata ed Esposito, anche la frequenza di nefrosi lipoidee genuine primitive, certo è che la maggior parte degli autori che si occupano dell'argomento si dedicano sovrattutto allo studio del substrato costituzionale del soggetto nefritico.

Però sia che si tratti, come vuole Munk di una malattia generale dell'organismo intero, con modificazioni primarie dello stato fisico chimico del sangue e alterazioni anatomiche delle cellule renali secondarie, o, come vuole Epstein, di una malattia del ricambio, legata fondamentalmente ad uno stato ipotireotico, che porta ad albuminuria in primo tempo e secondariamente alle alterazioni renali caratteristiche: sia che si tratti come vuole Knauer di una malattia che interessa il ricambio dei grassi, per una lesione che avendo a base una disfunzione tiroidea surrenale, si svolge con disturbo contemporaneo di tutto l'organismo, ma soprattutto con disturbi a carico dei reni e del fegato, o, come vogliono Mouriquand, Bernheim Puig e Crévat, si tratti primitivamente di un disturbo del metabolismo delle albumine tissulari, che ha la sua origine fondamentale in una insufficienza epatica e che a sua volta causa una ipoalbuminemia, che provoca le infiltrazioni edematose interstiziali ed i versamenti nelle sierose e solo secondariamente i disturbi a carico del rene, è senza dubbio esatto che nella N. L. non i reni soltanto sono lesi, ma esiste un disturbo complesso di tutto il ricambio.

Del pari è fondamentalmente esatto che esiste un abito costituzionale, che costituisce il substrato su cui si sviluppa la nefrosi lipoidea.

Ma qui ritornano di nuovo le discussioni:

1) È il disturbo del ricambio primario e la lesione renale secondaria, o all'opposto il rene è primitivamente leso e come conseguenza di questa lesione renale si ha l'alterazione del ricambio?

2) Le alterazioni, che corrispondono al così detto abito costituzionale del nefrotico, sono esse pure da considerare primarie o non piuttosto secondarie o contemporanee alla lesione renale, per contemporanea o secondaria alterazione della tiroide o degli organi regolatori del ricambio?

Fra gli autori anglo-americani e tedeschi e fra gli autori italiani si nota oggi più che mai la tendenza a considerare la nefrosi lipoidea « come un disturbo del metabolismo organico, su base costituzionale; mentre le alterazioni renali pure, essendo coordinate al disturbo generale, hanno solo una parte secondaria, ma possono aggravare naturalmente il processo morboso » (Galdi e Cassano), tanto che Epstein chiama la N. L. diabete albuminurico, mentre Galdi e Cassano propongono il nome di diabete lipurico, per mettere in evidenza che si tratta di una malattia che ha per base un disordine metabolico riguardante l'intera massa dei grassi.

Gli autori francesi rimangono più fedeli alla vecchia concezione della nefrite cloruremica e danno una parte sempre fondamentale al rene.

Govaerts cerca di studiare su quale meccanismo si stabiliscono le nefrosi lipoidee. Queste varietà di nefropatie, equivalenti alle nefriti epiteliali croniche idropigene della classificazione francese — egli scrive — si producono quando una sostanza tossica, che conserva la sua attività nell'orina, passa attraverso la parete glomerulare alterata. Essa si concentra nei tubuli a causa dell'assorbimento che ivi ha luogo, aumenta il suo potere tossico e produce le varie lesioni cellulari. Un fenomeno consimile si ha nella intossicazione da sublimato in cui il veleno si elimina attraverso i glomeruli, ma l'azione degenerativa si esercita sui tubuli, per il fatto che a livello dei tubuli stessi l'orina si concentra.

Come si vede anche il problema dell'intimo meccanismo patogenetico della nefrosi lipoidea rimane oscuro ed in parte insoluto.

Perciò anche se ammettiamo indubbia l'esistenza, in questa forma morbosa, di un disturbo generale del metabolismo dei grassi e delle albumine, disturbo che non sappiamo e non possiamo definire primario o secondario, ed anche se crediamo che in essa esistano lesioni renali, che anatomicamente e clinicamente investono il territorio tubulare, con lesioni del solito tipo nefrotico, ma talvolta anche quello glomerulare, noi riteniamo utile prendere essenzialmente in considerazione il problema delle cause efficienti o precipitanti occasionali che entrano in gioco, nel meccanismo di produzione di questa degenerazione, cause che sono state stranamente trascurate dagli autori.

Di Munk e delle sue concezioni eziologiche già abbiamo detto. Ma l'importanza che egli dà al virus patogeno della sifilide non è accolta in modo uguale dai ricercatori.

Wahl ed Achard affermano che la sifilide non può essere così abituale in questi malati e che nei loro casi la R. W. fu negativa.

Achard e Codounis in un successivo lavoro, su sette casi esposti, accennano di aver avuto in uno coincidenza di sifilide e tubercolosi ed in un altro sifilide pura.

Esposito tratta la questione delle nefrosi luetiche in un capitolo a parte e fa notare l'opportunità, benchè Munk descriva la tipica nefrosi lipoidea come una nefrosi luetica, di mantenere distanti le due forme.

Laudat, Hutinel, René Màrtin e Stravropoulos trovano coincidenza in un loro caso fra sifilide e degenerazione lipoidea.

Labbé, Nepveux, Gilbert-Dreyfus e Jung mettono in evidenza la sifilide nei loro casi.

Husler ed Ekstein notano la stessa coincidenza nella nefrosi lipoidea infantile (nel caso III di Eckstein esisteva contemporaneamente tubercolosi con amiloidosi diffusa).

⁂

La tubercolosi è stata già ricordata da Munk.

De Toni riporta il caso di un bambino con quadro classico di nefrosi lipoidea genuina, la cui madre presentava segni di tubercolosi e che presentava egli stesso una cutireazione fortemente positiva, senza però che nelle orine fosse possibile dimostrare la presenza di bacillo di Kock, neppure con inoculazioni in cavia.

De Silva Mellao ha, in un caso, trovato che il liquido ascitico tubercolizzava la cavia ed ha ottenuto la guarigione con una cura di raggi ultravioletti.

Achard e Codounis ricordano, come si è detto, un caso in cui esisteva sifilide e tubercolosi ed un caso in cui esisteva tubercolosi isolata.

Labbé, Boulin e Justin Besançon descrissero un caso in cui il quadro clinico di nefrosi lipoidea pura esisteva in un soggetto affetto da tubercolosi polmonare e ganglionare, mentre i reni presentavano, senza evidente infiltrazione lipoidea e senza tracce di degenerazione amiloide, soltanto rari follicoli tubercolari disseminati, e conclusero trattarsi di una tubercolosi sopraggiunta in un nefrotico.

Paraf ricorda un caso di nefrosi col quadro classico della N. L. in un tubercolotico, in cui però la dieta ricca di albumine e di cloruro sodico causava l'aumento degli edemi e dell'urea sanguigna.

All'autopsia le lesioni erano più vicine a quelle della nefrite idropigena che a quelle della N. L.

Alcuni autori hanno incriminato, in casi isolati, malattie diverse.

Greppi ha pubblicato un caso in cui il quadro clinico di N. L. comparve in convalescenza di dissenteria bacillare. Questo caso può forse essere ravvicinato a quelli che Munk ricorda di nefrite da guerra in cui coesistevano lesioni nefrotiche secondarie ad alterazioni del ricambio, legate alla denutrizione, lesioni che in altri soggetti portavano a veri e propri edemi da fame.

Rathery ricorda a tale proposito che la disidratazione del lattante può condurre ad albuminuria e cilindruria (Czernye, Keller, Forber).

Dufour e Desbos pubblicarono un caso in cui una N. L. comparve subito dopo la terza iniezione di antitossina difterica.

Brusa comunicò al Congresso Pediatrico Italiano del 1927 un caso di N. L. in bambino, comparso dopo la vaccinazione jenneriana.

Clausen dà grande importanza alle infezioni stafilococciche e sovratutto alle infezioni stafilococciche dei seni frontali.

Egli riferisce che in 4 su sette casi, ottenne un notevole miglioramento trattando la lesione locale.

Mariott ottenne in un caso la guarigione con la cura della sinusite.

Arbuckle riferisce di due casi migliorati con lo stesso trattamento.

Aldrich in sette pazienti nefrotici trovò in tutti infezioni nasali e trovò che drenando gli ascessi si ottenevano rapidi miglioramenti del quadro clinico e specialmente della diuresi.

Kauffmann e Mason trovarono lesioni dentarie, a cui diedero importanza eziologica.

Wahl su 4 casi, in due trovò amigdalite cronica e in un terzo lesioni del faringe con ipoplasia delle adenoidi.

Infine numerosi autori hanno dato grande importanza allo pneumococco.

Già nella letteratura antica si notano casi di associazione di infezioni pneumoniche con nefrite.

Chauffard pubblicò nel 1910 un caso di meningite pneumococcica comparso nel corso di una nefrite cronica.

Volhard su 7 casi di nefrosi lipoidea genuina raccolti nel 1913, in tutti e 4 i casi seguiti fino alla morte ed all'autopsia, trovò « una peritonite pneumococcica che si era sviluppata in conseguenza ad una bronchite o ad una polmonite »; lo stesso autore nel 1918 pubblicò altri due casi con reperto identico.

Bock e Mayer nel 1920 descrissero il caso di una donna di 43 anni che nel corso di una nefrosi lipoidea genuina presentò un copioso versamento peritoneale in cui furono isolati pneumococchi. Questi autori interpretarono tale peritonite pneumococcica come complicazione terminale della nefrosi lipoidea per infezione intercorrente.

Vandorsy nel 1921 pubblicò il caso di un uomo di 24 anni che all'autopsia mostrò oltre a N. L. una peritonite purulenta pneumococcica. Anche questo autore considera l'infezione peritoneale come intervenuta secondariamente.

Stolz nel 1922 pubblicò due casi analoghi. Egli però considera l'infezione pneumococcica non come una conseguenza od una complicazione della nefrosi ma come causa della nefrosi stessa che dice nefrosi pneumococcica.

Eckstein su tre casi di nefrosi lipoidea mette in rilievo che nel 1°, seguito per tre anni e guarito, trovò nel liquido ascitico pneumococchi e fece diagnosi di peritonite pneumococcica cronica con lipoiduria passeggera, e nel secondo, un bambino di tre anni che dopo due mesi di un'affezione decorsa con edemi

generali lipoiduria ed albuminuria morì con sintomi di meningite, trovò all'autopsia meningite e peritonite pneumococcica, mentre il rene presentava i caratteri di una nefrosi pneumococcica, senza degenerazione lipoidea. Egli fece diagnosi in questo caso di infezione pneumococcica generalizzata con nefrosi pneumococcica, non lipoidea ma con lipoiduria.

Achard nota, che, su sette casi, in uno la nefrosi lipoidea fu trovata nel corso di una polmonite in un soggetto che era stato precedentemente curato per nefrite.

Fahr espone due casi, uno in un giovane di 19 anni con sindrome di nefrosi durata 19 mesi e di probabile origine sifilitica in cui all'autopsia trovò un empiema ed un secondo caso in cui trovò ascesso polmonare all'autopsia.

Govaerts segnala due polmoniti ed una setticemia pneumococcica.

Govaerts e Cordier nel 1928 riportano un altro caso in cui venne isolato lo pneumococco ed in cui esisteva trombosi della polmonare.

Oehlecker ottenne culture di pneumococco da frammenti di capsula renale, in due casi curati con decapsulazione.

Pilod, Meersemann e Noyer pubblicarono un caso di nefrosi lipoidea terminato con infezione polmonare pneumococcica in un soldato indo-cinese.

Christian, in un lavoro di critica basato su tutti i casi della letteratura controllati all'autopsia, nota che in 15 su 18 era dimostrata la presenza di una infezione acuta e in 8 di questi vi era una infezione da pneumococco.

Come si vede, un certo rapporto esiste tra infezione pneumococcica e N. L., almeno in un certo numero di casi.

Ci si può però sempre chiedere se si tratta in essi di un'infezione pneumococcica primitiva o di una nefrosi genuina criptogenetica infettatasi in secondo tempo di pneumococcia per infezione da pneumococco, germe ubiquitario, la cui crescita è ancora favorita dalle condizioni dei tessuti dei nefritici.

Non abbiamo argomenti sicuri nè a favore della prima nè della seconda ipotesi. Il pneumococco è capace di causare direttamente lesioni renali, ma in realtà i casi descritti come nefrosi pneumococcica sembrano corrispondere più ad una glomerulonefrite totale diffusa che ad una vera e propria nefrosi, e poi non fu mai dimostrata direttamente la capacità dello pneumococco a causare lesioni corrispondenti alla nefrosi lipoidea.

Concludendo, pur ricordando che nell'eziopatogenesi della N. L. esiste un quadro di alterazioni metaboliche che ancora non sappiamo se primarie o secondarie, ma che clinicamente ha importanza fondamentale, in quanto è la cura diretta a questo fattore costituzionale che dà i migliori risultati terapeutici, occorre non dimenticare che esistono fattori infettivi che hanno certamente una parte molto importante nella produzione di questa nefrosi.

Ammessa, come possibile fattore eziologico, la sifilide acquisita o congenita, resta da stabilire se essa non sia da considerare come causa delle alterazioni del ricambio o piuttosto delle lesioni renali.

Se sono invece in causa infezioni a carattere non costituzionale ma accidentale, quali le infezioni strepto- o stafilococciche localizzate o le infezioni pneumococciche, ci si può sempre chiedere se queste sono primarie o non secondarie alla lesione renale.

La questione per ora non è risolta, ma merita di essere tenuta presente da chi studia le nefrosi lipoidee. Perciò ho creduto necessario far precedere da queste considerazioni un lavoro in cui discuterò della clinica e dell'eziopatogenesi di otto casi di nefrosi lipoidea osservati.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD CH. *Néphrose lipoïdique.* Paris Médical, 19 octobre 1929, n. 42.

ID. *L'Oedème brigtique*, pag. 65. Doin, éd. Paris, 1929.

ACHARD et CODOUNIS. *Néphrose lipoïdique.* Soc. Méd. des hôp., 16 maggio 1930; Presse Méd.

ALDRICH. *The treatment of Nephrosis.* A. J. of Dis. of Children, vol. 32, n. 2, ag. 1926.

ARBUCKLE M. F. *Systemic Manifestation of Suppurative Disease in the paranasal sinuses.* J. A. M. A., 81, 741, sept. 1, 1923.

BING u. HECKSCHER. *Untersuchungen ueber Lipämie,* III Mitt. Biochem. Zeit., Bd. 149, 1924.

BRUSA. La Pediatria, 1927.

BOCK u. MAYER. *Ein Fall von genuiner Nephrose mit Pneumokokkenperitonitis.* Med. Klin., n. 4, S. 101, 1920.

CHAUFFARD. *La néphrite par le sublimé.* Sémaine méd., p. 13, 1905.

CHAUFFARD e VINCENT. Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôp., mai 1910.

CHRISTIAN. *Nephrosis: a Crictique.* J. A. M. A., vol. 93, n. 1, 6 luglio 1929.

CLAUSEN. *Parenchimatous nephritis. I. As a general systemic disorder. II. Infection of paranasal sinuses as etiology. III. The surface tension o fthe blood serum.* Americ. Journ. of dis. of Childr., v. 29, n. 5, 1925.

DAVIDSON. *Nephrosis of Thyroid. origin.* Canad. Med. Ass. Journal, vol. 16, sept. 1926, p. 1059.

DE TONI. *Contributo clinico ed ematochimico allo studio della nefrosi lipoidea genuina infantile.* La Clinica Pediatrica, n. 4, 1926, p. 211.

DE SILVA MELLAO. *Beitrag zur Aetiologie und Behandlung der Nephrosen.* Med. Klinik, n. 35, 2 sett. 1927, p. 1296.

DUFOUR et DESBOS. *Un cas de néphrose lipoïdique.* Soc. Méd. des hôp. de Lyon, 3 juin 1930; Presse méd., 14 juin.

ECKSTEIN. *Zur Klinik der « Lipoidnephrose » im Kindesalter.* Klin. Woch., n. 38, 17 sett. 1926, p. 1787.

SCIROPPO FELLOWS



Dimostrato efficacissimo da prove cliniche in tutto il mondo..

REMINERALIZZAZIONE — DEMINERALIZZAZIONE

VITALITÀ — CONVALESCENZA

ENERGIA — NEVRASTENIA

SODIO

CALCIO

POTASSIO

MANGANESE e FERRO

STRICNINA e CHININA

Campioni a richiesta

Deposito Generale Presso SOC. AN. PAGANINI VILLANI, Via Leopardi, 15 – Milano

---

ISTITUTO OPOTERAPICO NAZIONALE «PISA»

PISA — Via Contessa Matilde, 27 — PISA

CORTICAL

estratto iniettabile di sostanza corticale di capsula surrenale fresca

In scatole da sei fiale da 2 ccm.

Antineurastenico ed antimiastenico
restauratore della forza muscolare, nervosa e psichica

Stimolatore dell'anabolismo e dell'ingrassamento
nella magrezza costituzionale e secondaria (t.b.c.

Stimolatore dello sviluppo e dell'energia sessuale nell'uomo
per stimolazione dell'attività testicolare insufficiente

Campioni a richiesta

(Approvato dalla R. Prefettura di Pisa col N. 3972 in data 21 Marzo 1928). (8)

EPSTEIN. *Thyroid Therapy and Thyroid Tolerance in Chronic Nephrosis*. J. A. M. A., vol. 87, n. 21, 18 sett. 1926, p. 913.
ID. *The treatment of Chronic Nephrosis*. Med. Klin. of North Amer., vol. 5, 1922, p. 1067.
ID. *The Nature and Treatment of chronic Parenchymatous Nephritis (Nephrosis)*. The Journ. of the Amer. Med. Ass., vol. 69, 11 ag. 1917, p. 444, e Amer. Journ. of Med. Sciences, volume 163, febbr. 1922, p. 169.
ESPOSITO. *Le nefrosi*. Istituto Edit. Scientifico. Milano, 1923.
FAHR. In HENKE u. LUBARSCH. *Handbuch der spez. pat. Anat. und Hystol.* Berlin, Julius Springer, 1925, S. 224.
FERRATA. *Sulle nefrosi lipoidee*. Boll. della Soc. Med.-Chir. di Pavia, fasc. V, 1925.
FORNARA P. *La nefrosi lipoidea nell'infanzia*. Riv. di clin. ed igiene inf., n. 5, a. II, sett. 1927.
ID. *Considerazioni sulle nefropatie nell'infanzia. Su due casi di N. L. infantile*. La Pediatria del medico pratico, n. 4, aprile 1928.
GALDI e CASSANO. *La nefrosi lipoidea come diabete lipurico*. Folia Medica, a. XIV, n. 23, dic. 1928.
GOWAERTS et CORDIER. *La néphrose lipoïdique*. Bull. de l'Ac. Roy. de Méd. de Belgique, 5ª serie, t. 8, n. 6, 1928.
ID. *Néphrose ou néphropatie cholésterinique*. Le Scalpel, n. 21, 21 maggio 1927, p. 476.
GREPPI. *Sulle complicazioni della dissenteria bacillare nell'infanzia*. La Pediatria, 1929.
HUTINEL, LAUDAT, RENÉ MARTIN e STRAVROPOULOS. *Néphrose lipoïdique pure*. Soc. de Pédiatrie, 17 dic. 1929.
HUSLER. *Demonstrationen-Gesellschaft für Kinderheilkunde*. München, Sitzung vom 16 November 1922; Klin. Woch., 26-II-23, p. 425.
KAUFMANN and MASON. *Nephrosis: a clinical and pathologic study*. Arch. of Intern. Med., V, 35, n. 5, 1925.
KNAUER. *Ist die Nephrose eine Nierenerkrankung?* Med. Sektion der Shleisischen Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau, 25 marzo 1927.
LABBÉ M.-NEPVEUX, GILBERT-DREYFUS et JUNG. *Un cas de néphrose lipoïdique*. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, 11 janv. 1929.
LABBÉ M., BOULIN et JUSTIN BESANÇON. *Néphrite chez un tuberculeux et néphrose lipoïdique*. Ibid., 2 mai 1930; Presse Méd.
LÖHLEIN. Deutsche Med. Woch., 1918, p. 1187.
MARIOTT. *Parenchimatous Nephritis in Children*. M. Clinisch. of Am., 7/1413, masch. 1924.
MORIQUAND, BERCLEIN, PUIG et CRÉVAT. *Oedèmes néphrosiques et néphrose lipoïdique chez l'enfant*. Arch. de Méd. des enf., t. XXXII, n. 4, 1929.
MUNK. *Nephrosen, Nephritiden und Schrumpfnieren*. Urban u. Schwarzenberg, 1918.
ID. *Fall von Lipoidnephrose*. Berl. med. Gesellsch. Sitzung vom 7 Jan. 1925.
MÜLLER. In MEHRING KREHL. Lehrbuch der inn. Med., 11 Aufl., 1919, 2 Bd.
OEHLECKER. *Die Nierendekapsulation bei der Lipoidnephrose*. Aertzl. Verein; Sitzung von 9 fév. 1926; Klin. Woch., Bd. 5, S. 916, 1926.
PAGNIEZ. *La néphrose lipoïdique*. Presse Médicale, 13 avr. 1929.
PARAF. Discussione alla comunicazione di M. LABBÉ e BITH. Soc. Méd. des hôp., 30 mai 1930; Presse Méd.
PILOD, MEERSEMANN et NOYER. *A propos d'un cas de néphrose lipoïdique*. Bull. des Soc. de Méd. mil. franç., 11 août 1929.
RATHERY. *Les maladies des reins*, pag. 144. Baillière. Parigi, 1930.
SCHLAYER. *Ueber Nephrose*. Med. Klin., n. 53, 1918.
SIEBECK. *Ueber die Nephrose*. Jahresb. f. arztl. Fortbild., Bd. 12, S. 38, 1921.
STOLZ. *Ueber die sogennante Pneumokokkennephrose*. Med. Klin., n. 43, 1922.
VANDORSY. *Ein mit Pneumokokkenperitonitis verlaufenden Fall von Nephrose*. Ibid., n. 22, 1921.
VILLA. *Colesterinuria, colesterinemia e nefropatie*. Arch. di patologia e clinica medica, sett. 1926, p. 385, fasc. IV.
VOLHARD. Deutsche med. Woch., n. 15, 11 aprile 1918, p. 395.
WAHL. *Le problème de la néphrose lipoïdique*. Doin, éd. Paris, 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. UNIVERSITÀ DI MESSINA.

Sul trattamento delle ulcere duodenali perforate.

Prof. PUGLISI-ALLEGRA STEFANO
Inc. di Medicina Operatoria.

Al Congresso Calabro-Siculo del 1927, ho comunicato cinque casi di ulcere duodenali ed iuxtapiloriche perforate in cui, in tutti e cinque, ho avuto completa guarigione, con esito funzionale assai soddisfacente, sebbene la perforazione datasse da molte ore, usando una modifica di tecnica, la quale permette di fare il minimo traumatismo addominale, evitare la diffusione del processo peritonitico, spesso relativamente circoscritto all'ipocondrio destro, di effettuare, nella maniera migliore il drenaggio della cavità addominale.

Oggi che il numero delle osservazioni cliniche è superiore, undici interventi con un morto, ho voluto ritornare sull'argomento, poichè credo, che il mio metodo apporti un miglioramento della prognosi della grave complicanza di una malattia pur troppo oggi assai diffusa.

Negli ultimi anni i migliorati mezzi diagnostici hanno radicalmente spostato le proporzioni fra ulcera gastrica ed ulcera duodenale che prima stavano come 4:1 a vantaggio della prima, mentre oggi la seconda la supera con una proporzione di 2,5 ad 1. Ed il numero delle perforazioni si è accresciuto, forse perchè più facilmente diagnosticate, o anche forse perchè a determinare tale evenienza non sono estranee le condizioni di vita più agitata dei tempi attuali.

Man mano che i medici pratici si sono familiarizzati con la diagnosi precisa dell'affezio-

ne, gl'interventi chirurgici si sono fatti più frequenti, e così casi di guarigioni più numerosi, perchè è stato possibile praticare interventi più precocemente, spesso nelle prime 12 ore.

Però anche dopo 24-30-36 ore i successi non sono estremamente rari. Come abbiamo potuto salvare in guerra, con appropriati interventi, feriti del tubo gastro-enterico, anche dopo 40 e più ore dal ferimento, così con più ragione, è possibile avere buon successo negli ulcerosi, nei quali il contenuto gastrico, spesso iperacido, esercita un'azione dannosa sui germi patogeni, ritardandone lo sviluppo, attenuandone la virulenza per un certo tempo, almeno finchè viene neutralizzato dall'essudato peritoneale alcalino.

Non siamo sempre in grado di valutare la resistenza dei singoli infermi all'infezione del peritoneo, nè il grado di virulenza dei germi che la producono, e ogni chirurgo che ha una discreta pratica, può ricordare anche casi gravissimi di peritonite da perforazione, con esito in guarigione, specie se l'ammalato viene ben seguito nel decorso postoperativo.

La scelta poi del processo operativo, e una tecnica corretta, esercitano una influenza non trascurabile nel determinare, o meno, l'esito letale.

Bisogna tener presente che al chirurgo spetta di fare sempre non una brillante operazione che conduce altrettanto spesso alla morte, ma egli deve limitarsi a quanto con severo criterio egli pensa sia necessario per condurre, con le maggiori probabilità, a guarigione l'infermo a lui affidato.

L'occlusione semplice della perforazione con sutura dev'essere riservata ai casi molti gravi, con stato generale pessimo, poichè dà la maggiore mortalità postoperativa, ed i peggiori risultati tardivi.

Se ci convinciamo che eccezionalmente, le condizioni generali danno affidamento che l'infermo possa sopportare un grave e lungo intervento, qual'è la resezione e siamo nelle prime ore dell'avvenuta perforazione, ed anche troviamo un reperto locale favorevole, e l'ulcera ha sede gastrica, possiamo anche pensare alla resezione se no dobbiamo ricorrere alla gastroenterostomia che con i moderni criterî di tecnica, dà una ragguardevole percentuale di buoni risultati anche a distanza sulle ulcere duodenali, o iuxta-piloriche perforate (Statistica del Bager) (1) su 684 pazienti 80,9 % fra guariti e migliorati con la gastroenterostomia 80,5 % con la resezione.

Immediatamente essa crea un facile drenaggio della cavità gastrica, che evitando la stasi del suo contenuto, e quindi la distensione delle sue pareti, distensione che potrebbe compromettere la sutura della perforazione, mantiene in relativo riposo la regione piloro-duodenale, permette una alimentazione precoce, con vantaggio delle condizioni generali del paziente, spesso assai precarie.

La gastroenterostomia complementare nel trattamento delle ulcere perforate dà la minore mortalità: (Statistica di Wolff) (2) 9 %, contro 31 % nella semplice sutura, e 20 % nella resezione; molto simili quelle di Patterson e di Ricard, sempre in pazienti operate nelle prime ore dalla perforazione.

Disgraziatamente sono rari, almeno nelle nostre regioni, per difetto precipuo dell'organizzazione ospedaliera, gl'infermi che si presentano nelle prime ore dell'incidente. In genere sono passate le 12 ore ed anche le 24 e più. — In questi casi l'istessa statistica del Wolff dà una mortalità dal 54 al 66 % —.

La nostra condotta dovrà adattarsi alle condizioni anatomo-patologiche esistenti.

Nelle ulcere duodenali ed iuxtapiloriche perforate la reazione e l'infezione peritoneale, per un tempo relativamente lungo, è limitata all'ipocondrio destro, nella zona epigastrica e nel resto dell'addome si hanno solo fatti congestizi.

Questo reperto anatomo-patologico, quasi costante, c'indica la via chirurgica da seguire. Non si deve andare in un primo momento, metodicamente alla ricerca del punto intestinale perforato, per non diffondere il processo infiammatorio al resto della cavità addominale.

Come Majnard Smith ha osservato, con esperimenti sul cadavere, il liquido fuoriuscito da una perforazione iuxtra-pilorica, scorre in basso verso la cosidetta fossa renale di destra, descritta da Rutherford Morison, la quale è limitata anteriormente dalla superficie inferiore del lobo destro del fegato e dalla flessura epatica, posteriormente dalla superficie anteriore rivestita di peritoneo, del rene destro e dalla parete addominale posteriore, lateralmente dal fianco e medialmente dal duodeno stesso e dal forame di Winslow.

Dalla tasca renale in seguito il liquido scen-

(1) BAGER. Acta Chir. Scandinavica, 1929.

(2) WOLFF. Deutsche Zeitschr. p. Ch. Bd., 213, 1929.

de lungo la parete esterna del colon ascendente fin a raggiungere il bacino.

Quando aperto l'addome troviamo che la zona epigastrica e quella dell'ipocondrio sinistro non presentano evidenti sintomi di peritonite essudativa, ma solo fatti congestizii dobbiamo isolarle completamente dall'altra zona infetta a mezzo di compresse, senza preoccuparci di trovare la sede della perforazione, anzi tralasciare, per partito preso, qualunque manovra in tal senso. Bisogna procedere subito alla gastro-entero-stomia che perciò viene praticata in un ambiente asettico o poco settico.

La gastro-enterostomia viene eseguita molto rapidamente da un chirurgo esercitato, la ricerca dell'ansa del Treitz si effettua senza svolgere per nulla l'intestino: sono 20-30 minuti d'intervento, che in genere è possibile praticare con anestesia locale.

Praticata la gastro-enterostomia si pratica alla chiusura del ventre sostituendo una zaffo di garza iodoformica a ventaglio alle compresse che sono servite ad isolare l'ipocondrio destro del resto dell'addome. Si procede quindi al secondo tempo dell'intervento praticando una incisione curvilinea piuttosto ampia sull'ascellare media sotto l'arco costale.

Sollevato il fegato, manovra che si può effettuare in genere con grande facilità, si va a trovare la regione piloro-duodenale ove ha sede la perforazione (unica o multipla) che viene cauterizzata e suturata. A una più facile ricerca del punto perforato sono in genere di guida fatti d'infiammazione peritoneale più accentuati. Si pone un drenaggio di garza iodoformica, che nel mezzo può portare un grosso tubo, dopo aver meccanicamente fatta la toilette peritoneale e praticato un lavaggio all'etere. Procedendo con questo metodo si riduce la durata dell'intervento, si fa a meno ordinariamente della narcosi, si evita la diffusione del processo peritonitico.

Ho operato così 11 casi nei quali la perforazione era già avvenuta dalle 16 alle 36 ore, ed ho avuto 10 guarigioni perfette nel senso che si è avuto anche un esito a distanza molto soddisfacente.

Si trattava in tutti d'infermi sopra i 40 anni, di cui uno (un signore di Bagnara) con polso frequentissimo ed aritmico e con essudato peritoneale già purulento; ed un altro di anni 51, fattore, in cui si avevano fatti gravi di adinamia cardiaca, e nel quale la perforazione datava da 36 ore. In questo secondo caso contribuirono molto ad avere ragione del grave stato generale le iniezioni endovenose di soluzione ipertonica di cloruro di sodio.

Ed adesso una parola sulla tecnica adoperata per la gastro-enterostomia. Mi son servito come da tempo uso praticare nella chirurgia gastrica ordinaria di un'ansa molto corta, calcolando che il tratto afferente di essa corrisponda alla distanza fra angolo duodeno-digiunale e il punto più declive della curva. L'ansa così avrà una lunghezza dai 5 ai 14 centimetri secondo il grado di dilatazione gastrica in modo che il tratto afferente resta superiore, mentre quello efferente è inferiore. Ho sempre conservato all'ansa la sua normale direzione obliqua verso sinistra, cioè in senso antiperistaltico, e l'osservazione clinica ed il controllo radiologico mi hanno dimostrato che il circolo gastro-digiunale si compie benissimo con l'ansa disposta in senso antiperistaltico. Questo mio criterio concorda con le vedute del Majo, del Bier e del Pauchet i quali insistono sull'uso di anse cortissime in posizione antiperistaltica che chiamano posizione giusta. La plica gastrica dev'essere scelta in modo che riposto lo stomaco nel ventre, l'incisione della parete gastrica risulti parallela all'asse dell'ansa anastomotica. Utilizzando la prima porzione del digiuno che è diretta verso sinistra, occorre scegliere la plica gastrica secondo un raggio che dall'angolo duodeno-digiunale si porti a sinistra in basso, poichè l'intestino fissato allo stomaco come organo più piccolo sarà costretto a seguirlo assumendo una disposizione strettamente connessa alla direzione secondo cui è stata scelta la plica gastrica.

Niente enterostati per non traumatizzare e favorire l'ulcera peptica.

Come da sei anni pratico abitualmente nella gastro-enterostomia semplice, o quale secondo tempo della resezione gastrica, faccio l'enterostasi con quattro punti di seta, due sullo stomaco e due sull'intestino, che vengono mantenuti tesi dall'assistente, posti alla distanza l'uno dall'altro di 10 centimetri circa in modo da comprendere fra essi la tasca anastomotica.

In tal maniera ho ridotto di molto i disturbi gastrici operatori e immediati dovuti a stupore dei tessuti compressi, e quelli tardivi per la formazione dell'ulcera peptica. Di questo argomento parlerò in un prossimo mio lavoro.

RIASSUNTO.

L'A. espone i risultati clinici molto incoraggianti avuti nel trattamento delle ulcere duodenali ed iuxtapiloriche perforate con un pro-

cedimento chirurgico basato su un dato anatomo-patologico costante, la circoscrizione del processo peritonitico per un periodo di tempo piuttosto lungo all'ipocondrio destro e la diffusione dell'essudato verso la tasca renale destra e la parete esterna del colon.

Praticata la gastroenterostomia posteriore transmesocolica, tralasciando per partito preso qualunque manovra per rintracciare la perforazione per non diffondere il processo infettivo, con un'incisione ampia curvilinea sull'ascellare media sotto l'arcata costale, si ha una breccia che permette con grande facilità il trattamento dell'ulcera (cauterizzazione e sutura) ed un conveniente drenaggio.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

Un caso di kala-azar guarito con la splenectomia

per il dott. P. TIMPANO.

Il caso in esame venne alla mia osservazione il 14 maggio 1928. Si tratta di un bambino di 5 anni: Q. Diego, da Vito Inferiore (Reggio Calabria). Il padre morì nel 1928 per tubercolosi polmonare; la madre è vivente e trovasi in buone condizioni di salute; ha un fratello ed una sorella che godono pure buona salute.

Racconta la madre che da circa due mesi il bambino aveva cominciato a deperire, a perdere il colorito e la forza e ad essere febbricitante. Venne curato per malaria senza alcun contagio.

E. O. Costituzione scheletrica e muscolare deficiente, pannicolo adiposo scarso, cute e mucose visibili molto pallide.

Capo: nulla di notevole.

Collo: evidenti pulsazioni nelle regioni carotidee. Alcuni piccoli gangli di consistenza duro elastica, indolenti, nelle regioni latero-cervicali.

Apparato respiratorio: segni di catarro bronchiale.

Apparato circolatorio: cuore nei limiti, leggero soffio alla punta.

Milza: molto ingrandita. Il limite inferiore arriva tre dita al di sotto della linea ombelicale trasversa. È liscia, di consistenza duro-elastica, a margini arrotondati.

Fegato: deborda di qualche dito dall'arco costale.

Esame delle urine: nulla di notevole.

Ricerca dei parassiti della malaria nel sangue periferico: negativa.

Esame del sangue: globuli rossi: 2.660.000; bianchi: 5.400; emoglobina 40 %. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 38 %, mononucleati 6 %, linfociti 49 %, mielociti 1 %.

Esame del succo splenico: numerose leishmanie: molte endocellulari ed altre libere.

Visto che si trattava di leishmaniosi interna, prescrissi le iniezioni antimoniali Zambeletti per via muscolare.

Il bambino non se n'è giovato e la madre lo riportò dopo circa tre mesi. Le condizioni generali sembravano peggiorate. Consigliai una cura antimoniale endovenosa. Il prof. Cannata ebbe anche occasione di vederlo e suggerì le iniezioni di tartrato di sodio e antimonio. Ma con tutto ciò non si ebbero risultati soddisfacenti. Bisogna aggiungere che le cure non vennero regolarmente eseguite.

Lo rividi nell'ottobre dello stesso anno: perdurava l'anemia, il decadimento della nutrizione, il tumore di milza e la febbre.

Finalmente la madre si decise a ricoverarlo nell'Ospedale Civile di Reggio Cal., dove fu ammesso il 3-XII-1928 e dove venne ripresa la cura delle iniezioni antimoniali. Uscì il 12-V-1929 in condizioni pressochè invariate. Fu fatto rientrare il 30-I-1930, e finalmente il 4-II-1930 il direttore dell'Ospedale e chirurgo primario prof. Caracciolo, visto il caso grave e visto che era inutile continuare la cura medica, si decise di operarlo di splenectomia.

L'operazione, perfettamente eseguita, ebbe esito felicissimo. Il decorso operatorio fu ottimo e la febbre scomparve in breve tempo. Ciò che meravigliò lo stesso operatore, i sanitari dell'Ospedale e la famiglia del piccolo infermo, fu appunto il miglioramento generale verificatosi in modo rapido e progressivo. Io lo rividi due mesi dopo: si presentava ben sviluppato, ben nutrito e colorito. Venne dimesso il 12-IV-1930.

Questo caso ci costringe a fermare brevemente l'attenzione sul modo di comportarsi della milza durante il decorso della leishmaniosi e sulla possibilità della cura chirurgica di questa malattia.

Si sa che la leishmaniosi interna è un'infezione generale. I parassiti si trovano sia nella milza che nel fegato, nel midollo osseo, nelle ghiandole linfatiche, nel pancreas, nel rene, nel timo, nei testicoli, nei muscoli, nel sangue circolante ecc. Ma il maggior numero si trova nella milza, nel fegato e nel midollo osseo. Sopratutto nella milza, che s'ingrandisce più o meno notevolmente, per cui la malattia venne chiamata da alcuni *splenomegalia tropicale febbrile* e da altri *anemia splenica dei bambini*. La milza s'ingrandisce per la sua struttura anatomica e funzionale. Infatti è molto ricca di tessuto linfatico e di vasi, possiede un importante apparato reticolo-endoteliale e possiede pure del tessuto mesenchimale capace, in determinate circostanze, di attività mielo-poietica. Nella milza i parassiti si trovano dentro le cellule mononucleate di qualsiasi grandezza, nell'endotelio degli spazi venosi, nell'endotelio vascolare e nelle ganghe, e si trovano in tutte le fasi di sviluppo. Dunque la milza non è solo l'organo che ospita il maggior numero di leishmanie, ma è pure l'ambiente più adatto al loro sviluppo, ed il focolaio dove si producono molte tossine, men-

tre essa stessa ne subisce le più importanti alterazioni. Negli altri organi, come rene, pancreas, vasi, muscoli, testicoli, timo, ecc., i parassiti non provocano, in generale, lesioni apprezzabili. Nel fegato le lesioni che spesso vengono osservate sono dovute a cellule infette provenienti dalla milza (Marchand e Ledinghan).

Vero è che non sempre il tumore di milza è in rapporto con la gravità dell'infezione (Di Cristina, Dionisi), e che si conosce qualche caso in cui all'autopsia non si è riscontrato tumore splenico e nemmeno si sono riscontrati parassiti in quest'organo, mentre si sono riscontrati in altri organi: esofago, intestino (Dionisi). Ma questi son casi rarissimi e la loro patogenesi e la speciale localizzazione dei parassiti possono trovare altre spiegazioni.

La regola è che la milza aumenta presto di volume ed assume proporzioni più o meno notevoli nel decorso della malattia. Quando quest'organo, a causa dell'invasione delle leishmanie e delle conseguenti profonde alterazioni, perde il suo potere protettivo e si trasforma, anzi, in un vero e proprio focolaio d'infezione e d'intossicazione, resistente alle cure specifiche e a tutte le reazioni di difesa dell'organismo, l'estirpazione può determinare la guarigione. Così l'estirpazione della milza può determinare la guarigione in casi di emofilia, perchè si ammette che nella milza avvenga una distruzione grande di piastrine, necessarie alla coagulazione del sangue; può determinare la guarigione in casi di morbo di Banti, perchè si pensa che le gravi alterazioni della milza danno luogo a tossine, che trasportate nel fegato, causano processi di endoflebite cronica e di cirrosi. Per ragioni analoghe si è praticata l'estirpazione della milza nella leucemia mieloide, perchè si è pensato di distruggere ogni attività mielopoietica. In questa malattia, però, la cura chirurgica non ha dato i risultati che si speravano.

Ritornando al nostro caso, la splenectomia ha salvato il piccolo paziente e gli ha consentito il pronto rifiorire della salute.

Ma da questo caso fortunato dobbiamo dedurre che la cura chirurgica della leishmaniosi interna sia sempre da tentare? Evidentemente no. E non solo perchè l'atto operativo è per sè stesso grave, ma anche perchè contro la leishmaniosi interna possediamo oggi dei preparati chemioterapici di sicura efficacia.

Nei casi in cui la malattia si dimostra ribelle alle cure e lo stato di cachessia tende ad aggravarsi e non esistono complicanze che controindicano l'intervento, allora conviene ricorrere alla splenectomia.

RIASSUNTO.

La splenectomia in un caso di leishmaniosi interna ribelle alle cure mediche suggerisce all'A. alcune consideraioni sulla possibilità della cura chirurgica di detta infezione.

BIBLIOGRAFIA.

BRODIN P. *La splenectomia nei casi di emogenia.* Journ. de méd. et de chir. prat., luglio 1928.

DIONISI A. *Contributo all'anatomia patol. dell'anemia di leishmaniosi. Sperimentale.* XVII supplemento al fasc. IV, 1913.

ID. *Contributo all'anatomia patol. dell'anemia da leishmania.* Atti della Società ital. di pat. esotica, 1913.

DI CRISTINA e CANNATA. *Ricerche anatomo-patologiche in un caso di anemia splenica infantile da parassiti di leishman.* La Clinica Medica Italiana, anno XLIV, n. 8.

FRANCO E. E. *Anatomia patol. della leishmaniosi infantile.* Archives Portugaises des sciences biologiques, 1922.

GABBI U. *Le complicazioni del sangue e degli organi emopoietici nella leishmaniosi interna.* Atti della Società Italiana di patologia esotica, 1914.

LE DANTEC. *Précis de pathologie exotique.* Doin, éd., Paris, 1929.

LÉCÈNE et AUBERTIN. *La splenectomia nella leucemia mieloide.* Presse Méd., 1° genn. 1928.

LAVERAN P. *Les leishmanioses.* Paris, Masson, 1917.

MERKLEN e LERICHE. *Un caso di emogenia guarito con la splenectomia.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 16 nov. 1928.

JEANSELME. *Maladies exotique.* Baillière J. B., édit., Paris, 1928.

PITTALUGA. *Lesione di blocco del sistema reticolo endoteliale nella leishmaniosi viscerale.* Rass. int. di clinica e ter., 1927.

TOMASELLI A. *Studio della leishmanie nella milza dei bambini affetti da Kala-azar.* Policlin., fasc. 6, 1910.

VISENTINI A. *Sull'anatomia patologica del Kala-azar.* Arch. per lo studio delle mal. trop. della Sicilia e della Calabria, vol. 1, 1910.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Nuovi studî sull'epilessia.

(A. BAUDOIN e H. SCHAEFFER. *Paris Médical*, n. 40, 1930).

Gli autori fanno una rassegna degli studî compiuti nel 1930 sulla patogenesi delle crisi convulsive e dell'epilessia.

Ricordano che W. G. Lennox e i suoi collaboratori in America hanno fatte importanti ricerche biochimiche sulle variazioni umorali negli epilettici venendo alle seguenti conclusioni:

1) L'azoto totale non proteico, l'urea, gli amino-acidi, l'acido urico e la creatinina hanno dato cifre che oscillano nei limiti normali.

2) Non v'è alcun'alterazione del tasso glicemico e non v'è alcuna relazione diretta tra la glicemia e le crisi. Durante le convulsioni si osserva talvolta iperglicemia, dovuta al fatto che l'organismo mobilizza le riserve di glucosio per alimentare le contrazioni muscolari. Il tasso di glucosio nel liquido cefalo-rachidiano è sempre normale.

Negli epilettici non esiste alcun disturbo del metabolismo dei carboidrati che possa spiegare le crisi.

3) Nella grande maggioranza degli epilettici c'è una spiccata tendenza all'alcalosi. La fibrina del sangue è superiore del 10 % alla misura normale.

6) La cloruremia ed il tasso di cloruri nel liquor sono normali.

Felsen in analoghe ricerche ha ottenuto risultati che confermano quelli di Lennox. Anche egli dopo la crisi ha constatato una lieve glicemia in rapporto al consumo di glucosio legato alle contrazioni muscolari. Egli ha trovato inoltre che la calcemia è normale e che dopo qualche ora dalla crisi si riscontra una tipica leucocitosi con linfocitosi spiegabile solo con una concentrazione del sangue. Le funzioni renale, cardiaca e gastrointestinale non presentano nulla di atipico. La sensibilità alle proteine, saggiate mediante le cutireazioni di 56 campioni di proteine d'origine alimentare e batterica, è risultata negativa. Il sistema nervoso autonomo alle prove farmacologiche ha dimostrato una certa instabilità.

Lennox e Cobb hanno messo in rilievo alcune condizioni che favoriscono gli accessi: 1) l'acidosi inibisce le crisi, mentre l'alcalosi le provoca. L'acidosi si può ottenere con il digiuno, la dieta cetogenica, l'ingestione di sali acidi, la respirazione in un ambiente ricco di anidride carbonica; 2) l'aumento della tensione dell'ossigeno nei tessuti ha effetti inibitori e la sua diminuzione un risultato inverso; 3) l'edema cerebrale provoca le crisi, mentre la disidratazione le riduce.

A quest'ultimo riguardo bisogna ricordare gli studi di Fay il quale ritiene che gli epilettici presentino un idrocefalo esterno, ossia un accumulo di liquidi negli spazi sottoaracnoidei a livello della corteccia. Constatazioni analoghe furono fatte da Elsberg, Dandy, Strecker, Pancost e Winklmann. Anche Ippocrate aveva affermato che i cervelli degli epilettici sono straordinariamente umidi. Questo idrocefalo esterno può constatarsi nel corso degli interventi chirurgici o alle autopsie, ed anche con l'encefalografia.

Secondo Fay questo accumulo di liquido dipenderebbe da un'occlusione più o meno completa delle vie di deflusso a livello della volta cranica, nel quale meccanismo avrebbero una funzione importante le granulazioni di Pacchioni. L'epitelio di queste granulazioni sarebbe irritato dalla presenza di sangue negli spazi sottoaracnoidei, donde la loro obliterazione ed atrofia. Un'emorragia sottoaracnoidea di origine ostetrica, traumatica, infettiva, ecc. avrebbe come effetto lontano l'occlusione delle vie di drenaggio e quindi l'idrocefalo. Questo, a sua volta, eserciterebbe un'azione irritativa sulla corteccia di cui a lungo andare potrebbe determinare anche l'atrofia.

Partendo da questo punto di vista Fay propone di curare gli epilettici cercando di ridurre l'idrocefalo esterno mediante la disidratazione. Le iniezioni di soluzioni ipertoniche ed i purganti salini non corrispondono. Migliori risultati si ottengono riducendo la ingestione di liquidi. Questa riduzione deve essere spinta quanto più è possibile. Al massimo si dovrebbero concedere all'epilettico 600 cmc. di acqua al giorno. Fay propone di cominciare la cura somministrando non più di 350-400 cmc. di acqua, calcolando in tale quantità l'acqua contenuta negli alimenti. Il malato al principio soffre molto la sete, ma dopo una dozzina di giorni scompare ogni sensazione penosa. Si ha oliguria ma senza alcuna alterazione della funzione renale.

Praticando questa cura Fay ha ottenuto notevoli effetti, specie per quel che riguarda le grandi crisi; per il piccolo male il successo è meno marcato.

La più lunga e più diffusa esperienza dirà quale sia effettivamente il valore di questo metodo di cura. È quindi consigliabile applicarlo su vasta scala, specie nelle forme ribelli agli altri rimedi. DR.

L'encefalite ricorrenziale.

(LEVADITI, ANDERSON, SELBIE, SCHOEN. *Bull. de l'Acc. de Méd.*, n. 24, 1930).

La *Spirocheta Dutonni*, nella maggior parte degli animali, poco importa la specie e la via di somministrazione del virus, produce una vera encefalopatia che gli AA. hanno denominato encefalite ricorrenziale.

Qualunque sia la via di introduzione (muscolare o intracerebrale) la encefalite ricorrenziale si traduce con delle alterazioni nevrassiche, che interessano insieme le meningi, la sostanza grigia e bianca dello encefalo, i vasi della corticalità e del mesencefalo. Due processi associati caratterizzano questa encefalite, l'uno *parenchimale*, l'altro *vascolare*. Per il primo abbiamo focolai isolati di encefalite dovuti a infiltrazione del tessuto fondamentale per opera di monociti, e specialmente per opera di cellule plasmatiche.

Più importanti ancora sono le lesioni vascolari e perivascolari. I vasi, sopratutto le vene, sono circondate da manicotti il cui sviluppo supera quello che si trova in qualsiasi altra encefalopatia: fino a 12-20 strati cellulosi. Delle figure di cariocinesi fanno ammettere che una parte di questi manicotti perivascolari derivino dalla pullulazione *in sito* di elementi linfocitari e splasmacellulari. Oltre alla perivascolarite esiste una endoarterite e endoflebite.

Oltre a queste alterazioni di encefalite e perivascolarite si sono rilevate delle lesioni nella sostanza grigia della corteccia: le cellule nervose presentano acromatosi, cromatolisi, e qualche volta uno stato vacuolare del citoplasma. Ne risulta che la localizzazione encefalica del virus ricorrenziale offre più di una analogia con quelle che caratterizzano l'invasione dell'encefalo umano per opera del virus sifilitico neurotropo.

Studiando il decorso delle alterazioni encefaliche, gli AA. concludono che queste si iniziano assai precocemente, si aggravano lentamente, ma progressivamente, in seguito e non offrono alcuna marcata tendenza alla guarigione.

L'encefalite ricorrenziale, pure essendo certamente dovuta al virus della ricorrente, può esistere in un momento in cui il germe intracerebrale ha cessato di essere virulento. D'altra parte il virus può vegetare nel cervello colpito da encefalite ricorrenziale senza rivestire la forma spirillare.

Vi sono però delle constatazioni che dimostrano che il virus ricorrenziale, abitualmente allo stato ultramicroscopico, o infravisibile nei nevrasse virulento degli animali immunizzati, può, in certe condizioni, terminare il suo ciclo evolutivo e giungere alla forma spirillare.

L. TONELLI.

Le nozioni attuali sulla circolazione del liquido cefalo-rachidiano e loro applicazioni terapeutiche.

(STECK. *Rev. Méd. de la Suis. Rom.*, n. 6, 1930)

Il liquor circola lentamente nella seguente direzione: ventricoli laterali, forame di Monroë, 3° ventricolo, acquedotto del Silvio, 4° ventricolo, fori del Luschka e Magendie, grande fossa cerebello-midollare (cisterna), grandi laghi della base, spazi sotto aracnoidieni della corticalità e spazi perimidollari. La respirazione attiva questa corrente. Il liquido si riassorbe a livello delle granulazioni di Pacchioni, e nelle guaine linfatiche dei tronchi nervosi. Questa teoria di Pandy è giustificata da dati patologici, mentre quelle di Monahow della corrente transcerebrale non è provata.

Clinicamente la turbata circolazione del liquido si può ricercare con la misurazione della pressione a malato coricato e tranquillo.

La pressione normale è tra 10 e 20 cmc. di acqua. Le pressioni basse (— 10) si hanno nell'encefalite, catatonia, melancolia, tumefazione (?) acuta del cervello, traumi cranio-cerebrali, e giustificano una cura con iniezioni intravenose d'acqua distillata.

Le pressioni elevate si hanno nelle meningiti infettive, tumori, meningiti sierose traumatiche, tossiche, epilessia, diverse psicosi e si possono trattare con le punture lombari o sotto-occipitali o con iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche di glucosio.

Il coefficiente rachidiano di Ayala (pressione terminale, volume del liquido prelevato, pressione iniziale) che si trova alto nelle meningiti sierose e basso nei tumóri ci dà delle indicazioni sulla quantità del liquido presente.

Il prelevamento di grandi quantità di liquido è facilitato dalla insufflazione di aria; l'effetto disintossicante della sottrazione del liquor prova che esso ha una funzione anche escretoria.

Si è tentata la terapia con iniezioni di medicinali nella corrente del liquor. Si deve ricordare che i coloranti iniettati per puntura lombare o sotto-occipitale si spandono in tutto il sistema ventricolare (superfice interna del cervello) ma non raggiungono la convessità degli emisferi cerebrali, e il colorante penetra assai poco in profondità. Questa terapia può quindi essere utilizzata quasi solo per le diverse meningiti infettive.

La lobelina, caffeina e cardiazol possono raggiungere i centri superficiali del pavimento del 4° ventricolo.

Le iniezioni coloranti nel sistema vascolare ha permesso a Goldmann di stabilire la nozione della *barriera emato-encefalica*: il colore tinge tutti gli organi salvo il tessuto cerebrale. Colora solo i plessi, le meningi e le guaine perivascolari.

Walter ha creato un metodo clinico per stabilire la permeabilità con un dosaggio del bromuro nel siero e nel liquido c. r.: normalmente la concentrazione del bromuro nel siero è circa tre volte più forte che nel liquido. Noi troviamo un aumento della permeabilità (P. Q. meno di 2,9) negli stati infiammatori delle meningi, meningite, paralisi generali, tabe, deliri tossici e infettivi, ecc. Trovasi in-

vece una diminuzione di permeabilità (P. Q. più di 3,3) nel 70 % delle schizofrenie e negli stati post-encefalitici.

L'ufficio del liquor si può così riassumere: 1) tampone meccanico, cuscino d'acqua per il cervello; 2) compenso dei cambiamenti del volume intracranico e dei cambiamenti osmotici; 3) liquido escretorio del cervello.

L. TONELLI.

Sulla lues dell'organo dell'udito.

(GUTTICH. *Münch. Med. Woch.*, n. 29, 1930).

L'A. ricorda che la lues dell'apparato uditivo non è rara come si crede (18% secondo Alexander, 50% secondo Lund): nel 40% dei tabetici e nel 30% dei paralitici essa è presente.

Eccezionalmente possono trovarsi fenomeni primari (ulcere) sul dotto uditivo e sul timpano; anche l'otite media è stata descritta, ma è rara: si pensi del resto che affezioni di organi adiacenti (naso, fauci) possono essere la causa di un'infiammazione aspecifica dell'orecchio.

Nulla di preciso conosciamo sul quadro anatomo-patologico. Ma il liquor mostra quasi sempre in questi malati una pleiocitosi e un aumento dell'albumina che ci fanno pensare ad una meningite come causa dei fenomeni auricolari: in seguito alla meningite è probabile infatti che si abbia un edema del nervo acustico, un'infiltrazione delle sue pareti ed infine la distruzione del cilindrasse: indi l'infiammazione invade il labirinto ed ecco l'aumento del connettivo e l'ossificazione del labirinto con atrofia del nervo.

Nelle forme terziarie si tratta, più di un'arterite dell'uditiva interna, che è stretta e decorre per un tratto isolata, come endoarteria. Nella sifilide congenita la patogenesi è poco chiara e c'è chi ammette e chi nega la partecipazione del sistema nervoso.

Le lesioni, sia del tratto cocleare che del vestibolare, possono comparire precocemente, quando il siero è ancora negativo, da 3 settimane a 6 mesi dopo l'infezione, e sono indici di una particolare gravità di queste.

Nelle ricerche che si fanno però in questo primo stadio va tenuto conto dell'agitazione psichica dell'infermo che si sa, da poco tempo, malato, e quindi può dare risposte anche errate alle nostre domande: è ad ogni modo abbastanza frequente a trovarsi la diminuzione della trasmissione ossea.

I disturbi del vestibolare originano in genere lentamente, ed hanno decorso cronico: quello che c'interessa è il notare una diminuzione dell'eccitabilità, per cui i malati più difficilmente sono colti da vertigine.

Nei casi di media gravità la reazione rotatoria è danneggiata e si conserva quella calorica; nelle forme più gravi tutte le reazioni cocleari e vestibolari sono spente.

La lues congenita dà i suoi sintomi dal sesto anno di vita sino al termine della crescenza: si può provocare anche nistagmo da aspirazione e compressione del timpano intatto, ma è raro.

La cura è a base di mercurio e di salvarsan a piccole dosi (non oltre 0,45): l'anamnesi accurata saprà dirci se dobbiamo realmente mettere in rapporto con la lues tutti questi sintomi che, in sè, non sono caratteristici della infezione.

V. SERRA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Ascessi polmonari, studio clinico con particolare riguardo alla cura conservativa.

(SPECTOR. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 13 settembre 1930).

Questo studio fu fatto su 35 casi di ascessi polmonari non tubercolari. Nella più vecchia letteratura sull'argomento è messa in evidenza la polmonite come causa notevolmente frequente di ascesso polmonare (46 % nei casi di Murphy), mentre solo nel 1912 il Richardson mise fra le cause anche gli interventi sulle vie respiratorie alte, e specialmente la tonsillectomia sotto anestesia generale. Secondo Lockwood (1923) gli ascessi polmonari seguono raramente una polmonite lobare, si hanno più spesso dopo broncopolmonite e le operazioni sulle vie respiratorie alte vanno acquistando importanza sempre maggiore come causa di questi ascessi. Le teorie che dominano nella patogenesi sono due: quella broncogena o dell'aspirazione e quella embolica. Alcuni vogliono associare le due teorie che si completano a vicenda. Esistono poi ascessi polmonari da propagazione diretta di processi suppurativi attraverso il diaframma, come pure ascessi polmonari che seguono ferite del torace e degli organi endotoracici.

Esperimenti di laboratorio hanno dimostrato che abolendo la tosse durante la narcosi o aumentandola dopo si fa tendere l'ascesso polmonare verso la cronicità. Gli ascessi polmonari possono originare dal bronco (ascessi bronchiettasici) o essere extrabronchiali; possono anche seguire la disgregazione di un tumore polmonare.

Gli ascessi possono essere acuti o cronici, unici o multipli, unilaterali o bilaterali, e situati in qualunque parte del tessuto polmonare. La localizzazione più frequente è al lobo inferiore. I sintomi sono numerosi: senso di freddo, dolori toracici, tosse secca parossistica seguìta da espettorazione abbondante, polso frequente, febbre suppurativa, leucocitosi. Nelle forme croniche si possono avere le dita a bacchetta di tamburo. L'espettorato può avere odore acuto penetrante o non averne affatto e raramente contiene fibre elastiche. L'esame fisico del torace può dare scarsissimi se-

gni, come avviene negli ascessi ilari e parailari, o molti (rantoli, fenomeni cavitari). Si possono associare bronchiettasie, empiema, embolia ed ascessi cerebrali.

La diagnosi è spesso difficile; diventa facilissima dopo che l'ascesso si è rotto. Gli ascessi multipli per lo più sono un reperto di autopsia. La radiologia è di validissimo aiuto nella diagnosi. La prognosi dipende dalla causa, dal tipo, dalla localizzazione e dalla durata dell'ascesso. Di prognosi buona sono gli ascessi da inalazione di corpi estranei; gli ascessi solitari sono meno gravi dei multipli, gli acuti meno gravi dei cronici.

Per la cura, anche oggi è diffusa l'idea che la chirurgia debba prevalere sulla medicina e la terapia puramente medica ha pochi seguaci. Colla terapia medica Sauerbruch e Lenhartz dànno mortalità del 60 % e Lord anche del 75 %. Da poco tempo chè dopo i lavori di Pritchard e di Miller-Lambert, la tendenza alle cure mediche.

Essi seguono queste norme che sono anche quelle seguite dall'A.: riposo in letto nel periodo acuto della malattia; drenaggio mediante la posizione speciale per parecchi giorni e alimentazione abbondante. Se in qualche giorno non c'è miglioramento e l'ascesso è profondo si fa il pneumotorace e si ricorre a una terapia chirurgica più aggressiva se anche così non si hanno risultati. Ma ad intervento chirurgico questi autori ricorsero una volta sola. In qualche caso fu fatta la broncoscopia, la trasfusione e si diede l'arsfenemina, ma lo Spector non ha trovato in queste ultime pratiche nessuna utilità. In alcuni casi può essere necessarie un riposo prolungato.

L'A. ha ottenuto col trattamento medico la guarigione e il miglioramento nel 54 % dei casi e la morte nel 46 %. Egli conclude dicendo che poichè la mortalità colla cura chirurgica appare più alta, l'ascesso polmonare unico e in periodo acuto deve subire trattamento medico e che alla terapia chirurgica si deve ricorrere solo dopo insuccesso della cura medica nei casi di ascesso non ben drenato, negli ascessi cronici e in quelli multipli limitati ad un solo lobo in cui si potrà fare una cura chirurgica radicale. Gli ascessi bilaterali presentano particolare virulenza e per lo più esito infausto. R. Lusena.

Contributo allo studio della patologia e della fisiologia, con particolare riguardo alle proprietà funzionali, dei polmoni curati col pneumotorace artificiale.

(Lindblom, *Acta medica scandinavica*, 1930, fasc. V).

Negli ultimi anni il pneumotorace terapeutico si è andato estendendo e l'uso che se ne fa anche nel così detto infiltrato precoce rende di attualità il problema dell'effetto del pneumotorace sul tessuto polmonare sano. I primi che si occuparono di questo problema ebbero risultati un po' contraddittori: nei casi non complicati da versamento alcuni hanno trovato fibrosi ed obliterazione degli alveoli, mentre altri non trovarono modificazioni apprezzabili nemmeno dopo lunga applicazione del pneumotorace. Nei casi con versamento si sono notate modificazioni marcate del tessuto sano e precisamente in primo luogo fibrosi e in qualche caso anche obliterazione degli alveoli e modificazioni dell'epitelio.

L'A. ha notato che nei casi senza versamento non si aveva un ispessimento apprezzabile della pleura ad eccezione dei punti che sovrastavano un focolaio tubercolare e nel tessuto polmonare sano si aveva lieve modificazione circolatoria senza importanza pratica ed enfisema, il che indica che, finito il trattamento, il polmone nella sua porzione sana riprendeva a funzionare normalmente o quasi. Nei casi in cui si aveva versamento la fibrosi consecutiva costituiva un ostacolo all'espansione del polmone a cura finita.

Negli ultimi vent'anni si fecero sull'argomento studi sul circolo polmonare e ricerche radiologiche e anatomiche. Per quanto riguarda la circolazione sanguigna scarso valore hanno gli esperimenti fatti studiando la velocità di circolazione nei polmoni per saggiare la resistenza che i vasi polmonari oppongono, come pure quelli fatti per misurare la quantità di sangue contenuta nei polmoni da lungo tempo collassati. Gli esperimenti di Corper e Rensch coll'iniezioni endovenose di sostanze coloranti in animali sani e in animali trattati col pneumotorace sembrano più attendibili, ma la diversità dei risultati ottenuti non permette di giungere a conclusioni sicure. L'A. ha studiato radiologicamente negli animali il comportamento dei vasi polmonari dopo iniezione endovenosa di soluzione al 25-50 % di ioduro di litio ed ha trovato che nel polmone collassato i vasi sanguigni hanno un diametro minore che nel polmone controlaterale non collassato e la sostanza di contrasto scompariva colla medesima rapidità tanto dal polmone collassato quanto da quello non collassato. Da questi esperimenti risulta evidente che nel polmone collassato non esiste una stasi, ma un'anemia.

Per quanto riguarda le ricerche anatomiche, non trovò in nessun caso di quelli decorsi senza versamento fibroso o indurimento da stasi, ma in tutti i casi in cui il polmone era espanso si trovò enfisema e iperplasia dell'intima vascolare; tutt'e due i processi sono conseguenza del processo tubercolare. Nei casi con pneumotorace ancora in atto c'era modica infiltrazione rotondocellulare e di plasmacellule, come pure dilatazione dei vasi sanguigni e linfatici. Nei casi con essudato notò

ispessimento pleurico, modica fibrosi, che aveva fissato più o meno il polmone nel suo stato di collasso.

L'A. fece anche ricerche cliniche radiologiche. Nei pneumotoraci spontanei non complicati il polmone riespanso non mostrava alterazione della sua struttura dovuti al collasso. In nessun polmone collassato si videro i segni radiologici della stasi polmonare, nè dopo l'espansione si vide una fibrosi.

Il Lindblom conclude che nel pneumotorace articolare l'azione è puramente meccanica, paragonabile a quella di una fasciatura che immobilizzi un'articolazione affetta da tubercolosi.

R. LUSENA.

La chirurgia degli enfisematosi.

(M. BOSSY. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurg. de Paris*, 1930).

Il dott. Burzard riferisce su un lavoro di questo A.

L'A. studia la fisiologia della respirazione allo stato normale e negli enfisematosi, rilevando che per la normale funzione del diaframma occorre una mobilità toracica ed una buona solidità dei piani addominali.

Insiste poi in modo particolare sulla solidarietà che esiste tra cuore e polmoni.

Per lottare contro il primo grado d'enfisema egli pratica la miorrafia dei retti dell'addome in modo che la linea alba venga ad essere infossata nell'addome ed i due muscoli grandi obliqui siano a contatto sulla linea mediana; ha praticato quest'operazione in 41 casi con buon risultato.

In un secondo grado d'enfisema, con cuore non compensato, egli pratica la frenicectomia dopo aver tenuto il paziente in posizione di Trendelenburg per due giorni, ottenendo in questa posizione un notevole miglioramento dei disturbi cardiaci.

Comunica un'osservazione in cui con questo metodo ottenne un risultato molto soddisfacente.

BUCCI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Prof. ANDREA FERRANNINI. *Patologia Speciale Medica. Epitome*, ad uso dei medici e degli studenti. Vol. di pagg. XII-524, con 151 fig., Luigi Pozzi, Editore. Roma, 1930. Prezzo L. 56.

Per presentare questo lavoro non sappiamo far meglio che riportare integralmente la magnifica prefazione scritta per esso dall'insigne patologo di Roma: è la più sicura garenzia che si tratta di un libro sotto ogni riguardo eccellente.

La pubblicazione del Ferrannini costituirà un avvenimento librario nel campo medico. Ce ne felicitiamo con la Casa Pozzi, editrice del nostro Policlinico.

***

« Il volume, che il prof. Andrea Ferrannini ha accettato di pubblicare, è il risultato di una lunga esperienza clinica e carriera didattica e di una coltura scientifica profonda e costantemente aggiornata ai progressi veramente efficaci, non illusori, della medicina.

« Solo su queste basi, confortate da un sano spirito critico, acuito dalla non comune perizia giornalistica, può scriversi un libro di Patologia Speciale Medica che abbia i pregi della brevità senza discapito della chiarezza e risulti improntato a modernità di vedute senza trascurare l'eredità del passato; non sia cioè una rutinaria ripetizione dei tanti trattati e compendî già esistenti.

« Questi cómpiti si è proposto il Ferrannini e, a parer mio, li ha espletati molto felicemente.

« Ma ancora più: l'Autore ha voluto conferire un'impronta del tutto personale alla pubblicazione, dando a questa un nuovo e razionale indirizzo. Egli, ligio alla divisione del lavoro, ha desiderato non confondere un libro di Patologia speciale medica con un libro che *ex professo* si occupi anche di Anatomia patologica, di Patologia generale, di Semeiotica, di Clinica, di Terapia; si è cioè tenuto stretto al suo campo, senza invadere quello altrui. Ha voluto così limitarsi al circoscritto programma di sintetizzare soltanto i varî quadri morbosi col rispettivo significato patogenetico.

« Naturalmente egli non ha trascurato il contributo delle altre citate branche dello scibile medico, ma questo contributo è un semplice mezzo per il fine precipuo di quella individualizzazione nosografica, con la rispettiva interpretazione dei fenomeni, concretata in quadri morbosi singoli.

« Il libro è improntato al naturalismo italico, che utilizza tutto quanto valga a concretare obbiettivamente la sagoma di un quadro morboso, senza predilezioni nè esclusivismi nel materiale da utilizzare per individualizzare

quel quadro. Così il libro ha potuto risultare una sintesi d'italianità in medicina, al disopra delle disquisizioni circoscritte di scuole o di persone.

« D'altra parte l'Autore non ha voluto scrivere un trattato, anzi neppure un compendio di Patologia medica; ha semplicemente voluto dare un riassunto sintetico del dottrinale. Per far meglio risultare anche dal titolo questa voluta restrizione ha aggiunto, come sottotitolo, la dicitura *Epitome*. Sicchè il lettore troverà nel libro soltanto lo stretto necessario a sapersi, senza nè erudizione, nè dissertazioni teoretiche, nè sfoggio di letteratura bibliografica, pur vedendo messe in rilievo le benemerenze della medicina italiana.

« Queste le direttive date dal Ferrannini al lavoro e, sapendolo informato ad esse, ho molto gradito che egli s'inducesse a pubblicarlo.

« Realmente di una pubblicazione siffatta si sentiva il bisogno, per non obbligare studenti e medici a compulsare molti trattati o compendi, allo scopo di ricordare o apprendere un quadro morboso nella sua sagoma nosografica e nel suo meccanismo biologico.

« Nello sviluppo della materia l'Autore, oltre a mettere in rilievo i risultati di sue personali ricerche ed osservazioni, ha prospettato talvolta speciali direttive che forse non possono condividersi del tutto. In ogni modo siffatti spunti di direttive personali accrescono il pregio dell'opera, che così è frutto di originali osservazioni proprie, oltre che una ben coordinata sintesi di quanto è completamente accettato dalla grande maggioranza dei patologi.

« Sono sicuro che questa *Epitome* sarà accolta con favore dai medici e dagli studenti: dalla lettura di essa questi trarranno indubbio vantaggio ai fini di una soda cultura e di una illuminata praticità. Così il solerte editore Pozzi avrà, con questa pubblicazione, ben meritato ancora una volta, riscuotendo il plauso e la gratitudine degli studiosi ».

Prof. AGENORE ZERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

TH. BROWN SHAW. *Naval hygiene*. Un vol, in-8°, di pag. 365, con 24 fig., rilegato. Humphrey Milford. Oxford University Press, 1929. Prezzo Scell. 21.

Dopo alcuni capitoli introduttivi, in cui viene esaminato in generale il problema dell'igiene militare navale e si dànno alcune nozioni di statistica, l'A. considera anzitutto la ventilazione delle navi, tenendo conto dei più moderni sistemi, la termalità, l'illuminazione, le diverse installazioni sanitarie. Largamente studiato è il problema dell'acqua (provvista, distillazione, sterilizzazione) e quello dell'alimentazione.

Vengono poi fornite le regole per il reclutamento, le prescrizioni per l'igiene individuale, studiando in capitoli a parte le principali malattie infettive e la profilassi contro di esse e contro i parassiti.

Tutta la materia è svolta con intenti pratici e con la massima cura anche dei minimi particolari, sicchè il libro costituisce un valido aiuto per chi si occupa di questa importante branca dell'igiene.

fil.

F. NERI. *Acqua potabile. Ricerca, raccolta, distribuzione*. Un vol. in-8° di pag. 667, con 262 fig. e tav. Vol. 9° del « Trattato italiano d'Igiene ». Un. tip. editrice, Torino, 1930.

Problema fondamentale dell'igiene, questo dell'acqua, che merita la massima attenzione e che, risolto da tempo nelle sue linee generali, è tutt'ora oggetto di discussione in alcune questioni particolari.

Da tempo, si sentiva il bisogno, in Italia, di un trattato che si occupasse largamente di questo problema, con i criteri moderni verso i quali si è venuta orientando l'igiene, con la presentazione degli argomenti tutt'ora controversi. Tale è questo eccellente volume del prof. Neri che, dopo un capitolo sull'importanza della provvista d'acqua, studia i problemi geoidrologici, la microbiologia dell'acqua ed il giudizio igienico, passando poi alla descrizione delle opere di presa, delle condutture ed alla vigilanza. Largamente studiati sono gli impianti italiani, con numerose fotografie, piante, sezioni geologiche, ecc., ed accuratamente descritti i metodi di ricerca e di esame.

Con piacere, abbiamo veduto che l'A. dà un'importanza relativa alla mineralizzazione dell'acqua (ricordiamo gli errori dei feticisti dei « limiti »!), riconoscendo che « i timori e le avversioni per le acque riccamente mineralizzate sono basati su pregiudizi ».

L'A. ammette dimostrata dai dati epidemiologici l'influenza della provvista di acqua sull'andamento dell'endemia tifica e dà grandissima importanza alla ricerca del B. coli, che dovrebbe essere negativa su 500 cmc. Sulla questione del coli riporta una vasta letteratura e numerose ricerche personali.

Ricco di dati, di particolari tecnici e di figure, ottimamente impostato, questo trattato del Direttore dell'Istituto d'Igiene della Università di Pisa sarà fedele compagno di ogni igienista.

fil.

D. FALLERONI. *Costruzioni rurali in zone malariche*. Un opuscolo in-8°, di pagg. 24, con 5 tav., Roma (presso gli « Annali d'Igiene »), 1930. L. 5.

Una delle conquiste della moderna malariologia è, senza dubbio, il riconoscimento del còmpito che spetta agli animali utili all'agricoltura per la difesa dell'uomo contro la malaria.

È ormai accertato che questi animali attraggono gli anofeli e, per tal modo, li sviano dall'uomo ed impediscono loro di comunicare la malattia.

La scoperta di tale azione benefica si deve ad un italiano, Bonservizi, cui il Falleroni l'ha rivendicata con tenacia e con successo, contrastandola agli stranieri Roubaud e Wesenberg-Lund.

Il Falleroni stesso ha recato pregevoli contributi alla tesi, dimostrando tutto il partito che si può trarne in pratica.

Sussistono ancora alcune divergenze notevoli sull'azione protettrice degli animali domestici. È così che, secondo Falleroni, essa può esplicarsi immediatamente, cioè non appena questi animali sono posti a portata degli anofeli. Invece per Missiroli e per Hackett si richiede un adattamento graduale degli anofeli, e questo adattamento può richiedere molti anni, durante i quali s'impongono altre misure difensive, come la lotta antilarvale o la difesa meccanica.

Comunque, affinchè il bestiame domestico possa produrre appieno i suoi benefizi antimalarici, è certo non basta aumentarne il numero (compatibilmente con la produzione agraria), ma è indispensabile di soddisfare alcune condizioni. In particolare il bestiame dev'essere stabulato e le stalle non devono comunicare con le abitazioni, o richiamare comunque gli anofeli su di queste; ma invece le stalle vanno disposte in modo da arrestare gli anofeli e difendere le abitazioni stesse.

Le norme relative formano oggetto della presente monografia che ha scopi propagandistici. Noi crediamo che essa potrà rendersi molto utile agli agricoltori, ai bonificatori ed agli ufficiali sanitari. A. P.

R. R. WHEELER e F. T. HUNTER. *Laboratory manual of the Massachussets hospital.* Seconda edizione. Un vol. in-16° di 101 pag., rilegato. Lea e Febiger, edd. Philadelphia. Prezzo dollari 1,75.

E' un piccolo manuale che contiene le indicazioni per la maggior parte degli esami di laboratorio applicati alla clinica, urina, feci, sangue, sputi, contenuto gastrico, liquor, ecc., oltre che la raccolta dei relativi campioni.

Sono anche trattati alcuni procedimenti diagnostici speciali (determinazione del tipo del pneumococco nello sputo, prova di van der Berg, della tolleranza dei carboidrati, di Schick, di Dick) e la tecnica terapeutica (lavatura gastrica, salasso, iniezioni endovenose, trasfusione di sangue, ecc.).

Il manuale è stato compilato come guida per le consuete analisi da eseguirsi dagli assistenti di ospedale e può essere utilmente consultato perchè conciso e pratico. Non si comprende però perchè siano state trascurate alcune ricerche che pure hanno un certo interesse; p. es., non si parla della ricerca dell'urobilina nell'urina, mentre si descrive quella della melanina. Non sono descritte nè la reazione di Wassermann, nè le diverse ricerche chimiche sul sangue. *fil.*

U. STAVORENGO. *Il tedesco per i sanitari.* 2ª edizione. Officine Grafiche Elli e Pagani, Milano. Prezzo L. 25.

Imparare il tedesco quando non si è più ragazzi non è facile. I medici che affrontano questa fatica sperimentano spesso insuccessi. Viceversa non è difficile imparare quel tanto che renda intelligibile la lettura dei testi e dei giornali medici tedeschi. Il volume del prof. Stavorengo è un'ottima guida al riguardo. Egli ha preparato venti lezioni con lo studio delle quali ogni medico può sicuramente orientarsi nella letteratura medica tedesca. DR.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno.

Seduta del 31 agosto 1930.

Le concause della legislazione vigente e nel progetto definitivo di un nuovo codice penale dal punto di vista medico-legale.

Prof. RICCI. — Dotta ed ascoltatissima relazione, che non si presta a recensione, in cui la « concausa » dal punto di vista medico-legale viene chiaramente sbozzata nelle più varie eventualità, sia nel campo penale, che in quello civile, specie nei riguardi della legislazione del lavoro.

Discutono i proff. FRATINI, CAPPELLI, CAUCCI, SETTE e dalla discussione si rileva l'importanza dell'associazione, nelle perizie medico-legali, dello specialista in medicina legale con il competente della lesione od affezione in esame.

Della diagnosi e cura delle aderenze perigastriche.

Dott. CELIBERTI. — Sulla scorta di tre osservazioni cliniche, corredate dalla biopsia operatoria, descrive la sindrome dolorosa della perigastrite, che avrebbe di specifico il rapporto diretto ed immediato con lo stato di replezione o vacuità del ventricolo, e la sindrome radiologica (immobilità di un punto o segmento gastrico, inscindibilità con l'ombra di visceri vicini, deformità, spasmi, ipermotilità, rigidità segmentale, punto doloroso fisso, ecc.). Tale sindrome è avvalorata dai dati eziologici (interventi precedenti, ecc.). Per la cura, accennati i mezzi preventivi e palliativi, tratta della terapia chirurgica che si compendia nella gastrolisi e nella gastroenterostomia.

Discutono il prof. CAUCCI, che rileva la delicatezza dell'interpretazione interoperatoria delle aderenze, che possono essere il solo fatto morboso responsabile delle sofferenze ovvero l'espressione collaterale e tollerabile d'un fatto morboso meno appariscente, causa vera del male, come

un'ulcera peptica del digiuno post-operatoria, una colecistite, un'appendicite, ecc.; e il dott. DE FRANCESCO, che ricorda accorgimenti di tecnica radiologica per dimostrare le aderenze della parete gastrica posteriore, e il metodo dell'anestesia metamerica con le iniezioni paravertebrali per la deteminazione della sede del dolore e della fissità.

Il prof. FRATINI raccomanda la prudenza nella diagnosi d'aderenze in base ai dati radiologici, che si prestano ad interpretazioni erronee.

Aneurisma cirsoide del piede.

Prof. CAUCCI. — Illustra un caso clinico d'aneurisma cirsoide del 2° dito del piede, in corrispondenza d'un nevo pigmentario, in una bimba di 8 anni, nel quale, oltre ai caratteri classici della malformazione vascolare, esisteva dolore, che l'I. faceva cessare con attitudini curiose (iperflessione dorsale del piede, iperflessione della gamba sulla coscia, compressione del cavo popliteo con l'altro ginocchio, e, nel sonno, con la nuca, l'arto essendo portato dietro la testa); guarigione con la disarticolazione del dito; esame anatomico del preparato.

Un caso di corpo estraneo nel bronco.

Dott. GAMBACCINI. — Bambino di 5 anni; improvvisa sindrome d'ostacolo respiratorio nelle prime vie; segni clinici e radiologici classici dell'atelettasia polmonare da stenosi acuta d'un grosso bronco destro: tracheotomia bassa, mediante pinza da calcoli biliari, estrazione facile di un seme di fava occludente il bronco destro; guarigione.

Sopra un caso di avvelenamento da «Meloe pro-scarabaeus».

Prof. SETTE. — Bimba di 21 mesi che, raccolto nei campi un insetto nero, lo masticò, ed ebbe tosto fenomeni d'avvelenamento (vomito, causticazione della bocca, oliguria, collasso) con esito letale nelle 24 ore. Precisato essere l'insetto un Meloe pro-scarabaeus, l'O. istituì ricerche, ancora in corso, sul liquido repugnatorio che questi emette: si ritiene che il suo potere tossico sia dato dalla cantaridina; ma finora l'O. ha potuto stabilire che il veleno, solubile nell'acqua, è diverso dalla cantaridina, insolubile: l'ulteriore svolgersi delle esperienze potrà portare nuove precisazioni.

Quattro casi di invaginazione acutissima ileo-ceco-colica.

Dott. DE FRANCESCO. — Riferisce su 4 osservazioni in giovanetti e adulti, con un decesso, trattati due di essi con la resezione ileo-ceco-colica; un caso presentava contemporaneamente la torsione del segmento ceco-colico. Illustrato il meccanismo d'azione e l'anatomia patologica, rileva la gravità del quadro clinico e i segni diagnostici che possono condurre al giusto orientamento. Il caso sfortunato si deve al formarsi d'una fistola del tenue alta, che fu causa di esaurimento.

Prof. CAUCCI ha operato otto casi in bambini dai 4 mesi ai 5 anni; mortalità 50 %. Rileva l'alta mortalità nei bimbi sotto i due anni, per i quali necessita il minimo di manipolazioni e salvaguardare il tenue dall'eviscerazione; consiglia l'incisione mediana. Descrive un suo procedimento adattato per un'invaginazione di cui il colletto raggiungeva l'angolo splenico e la testa l'ampolla rettale: schiacciamento e allacciatura del meso dell'invaginato, schiacciatura dei tre cilindri intestinali subito sotto il colletto, ulteriore passo dall'invaginazione sino alla scomparsa del solco di schiacciamento e sutura intestinale circolare; attraverso l'ano introduzione di una sonda nell'invaginato sino a raggiungere il capo afferente: l'O. si riprometteva così l'eliminazione spontanea dell'invaginato; ma il p. venne a soccombere.

Il dott. CELIBERTI descrive altri due casi non proprii, l'uno, mortale, trattato con l'enterostomia, senza riduzione; l'altro, ad esito favorevole, con la resezione.

Osservazioni cliniche sul decorso dell'epidemia influenzale 1930.

Dott. TESTARMATA. — Descrive vari casi d'influenza a tipo neurotossico (psicosi) e a tipo polmonare (pleuriti purulente, ascessi polmonari), insistendo su vari casi a decorso cronico, tipo polmonite indurativa, simulanti la tubercolosi, e differenziandosene per l'assenza del b. di Koch ed il comportarsi della formula leucocitaria.

Il prof. DORIA raccomanda nelle interlobiti l'intervento senza attendere la vomica e negli ascessi polmonari, in cui l'intervento può essere aleatorio e grave per la molteplicità delle caverne, il neosalvarsan prima dell'aggressione chirurgica.

Spondilite cervicale luetica con inizio acuto faringo-esofageo.

Dott. FIORETTI. — Caso importante per l'inizio acuto faringo-laringeo, per la tardiva comparsa dei sintomi vertebrali, per la negatività della Wassermann anche dopo riattivazione, e per l'esame radiografico che orientò verso una lesione neoplastica: la guarigione ottenuta con la cura specifica ha comprovato la natura dell'affezione.

A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Osservazioni sul rapporto etiologico dell'achilia gastrica coll'anemia perniciosa.

In un precedente lavoro Castle, Townsend e Hath hanno dimostrato che lo stomaco dell'uomo normale, se si fa agire il succo gastrico sul muscolo di bue, produce una sostanza che ha azione simile a quella del fegato sulla rigenerazione sanguigna nell'anemia perniciosa. In questo secondo lavoro (*The Amer. Journ. of the medic. Sciences*, sett. 1930) essi indagano sulla natura di questa sostanza. Dopo numerosi esperimenti essi hanno potuto accertare che la sostanza emopoietica si produce per secrezione dalla mucosa. Il fattore che determina questa sostanza emopoietica non è dimostrabile nè nella saliva nè nel succo duodenale di uomo normale e non si produce per azione del succo gastrico di malato di anemia perniciosa su muscolo di bue, mentre si produce con succo gastrico di uomo normale anche in ambiente alcalino. Oltre al fattore intrinseco insito nella mucosa gastrica esiste un fattore estrinseco che si trova nel muscolo di bue ed è di natura proteica.

Gli esperimenti degli AA. sono a favore della teoria che la natura dell'anemia perniciosa debba ricercarsi in una deficienza della mucosa gastrica, legata all'achilia, e da cui deriva una difettosa digestione delle proteine.

A questa teoria fu obiettato che esistono casi di achilia senza anemia perniciosa, ma anche in questi casi c'è un'alterazione dell'attività midollare dimostrata dal quadro dell'anemia secondaria. Un'altra obiezione fu fatta: che esistono casi di anemia perniciosa con secrezione gastrica normale; però anche in questi casi era dimostrabile l'esistenza di disturbi intestinali notevoli (diarree croniche, diarrea dello sprue, della pellagra, delle infezioni da parassiti intestinali). Interessanti a questo proposito sono gli esperimenti di Seyderholm che ha avuto un quadro ematologico somigliante a quello dell'anemia perniciosa in cani nei quali aveva provocato una stenosi dell'intestino tenue. Probabilmente la sostanza emopoietica si produce nello stomaco, ma deve esser assorbita dall'intestino, quindi l'anemia perniciosa può essere provocata oltre che da deficienza gastrica anche da deficienza intestinale, forse per azione di una vitamina che però ancora non è stata dimostrata. Questa sostanza emopoietica è organica, termolabile e forse di natura enzimatica. R. LUSENA.

Sul meccanismo d'azione della dieta epatica.

Le anemie si classificano a seconda del potere di rigenerazione che le accompagna: ora Duesberg (*Deut. Med. Woch.*, n. 38, 1930) ha osservato che, nelle anemie con processi di rigenerazione in atto, si trova sempre nell'organismo la metemoglobina che manca invece nelle forme senza rigenerazione, in cui si trova al massimo l'emetina.

Numerose osservazioni dimostrano che il fegato agisce trasformando l'emoglobina in metemoglobina, onde un'aumentata distruzione di globuli rossi nei primi giorni di cura, come si osserva di solito; la metemoglobina — o le sostanze che insieme si formano — eccitano il midollo alla produzione di eritrociti più resistenti. Il fegato va usato — come tanti altri veleni emolitici — a dosi non eccessive: una iperalimentazione epatica aggrava le anemie.

Nel dosaggio quantitativo della metemoglobina formatasi *in vitro* sotto l'azione di dati preparati epatici, noi abbiamo una vera « prova » dell'attività dei preparati stessi: a facilitare tale prova concorre il fatto che le sostanze che formano emoglobina sono ossidanti.

Analoghe sostanze sono state trovate nello stomaco dei sani, che, come è noto, trova oggi grande favore nella terapia delle anemie: esse mancano invece nel succo gastrico degli anemici perniciosi.

L'A. promette ulteriori comunicazioni su questo interessante argomento. V. SERRA.

TECNICA.

Il dosamento del glucosio nelle urine.

Una buona modificazione del metodo di Fehling (per cui si arriva più agevolmente a riconoscere il momento in cui la reazione è completa) è quella di Causse e Bonnans che si esegue nel modo seguente.

Preparazione delle soluzioni:

A) Solfato di rame purissimo, finemente cristallizzato ed asciugato fra carta bibula, g. 35 (esatti). Introdurre in matraccio tarato da un litro, aggiungere acqua distillata fino a metà, e poi acido solforico concentrato puro g. 5; agitare fino a soluzione totale, lasciare raffreddare, portare a volume.

B) Sale di Seignette (tartrato doppio di sodio e potassio) g. 150; sciogliere in 1/2 litro di acqua distillata. Dopo raffreddamento, aggiungere una soluzione di soda caustica, esente da carbonato (g. 90 in 250 cmc. di acqua distillata). Versare la miscela in matraccio tarato da un litro, lasciare raffreddare, portare a volume.

C) Ferrocianuro di potassio g. 5, in 100 cmc. di acqua distillata.

Esecuzione della reazione. Mescolare 10 cmc. di *A*), con 10 di *B*) ed aggiungere 5 cmc. di *C*).

Portare ad ebollizione e lasciare cadere a poche gocce per volta, da una buretta, il liquido contenente glucosio (l'urina) ripristinando ad ogni volta l'ebollizione. Il liquido passa al verde, al giallo chiaro ed alla fine della reazione, ad un intorbidamento bruno. La quantità di glucosio per litro si ottiene dividendo 42 per il numero dei cmc. di urina usata.

Per rendere più agevole e rapida la determinazione, D. Ganassini (*Archivio dell'Istituto biochimico italiano*, febbr. 1930) propone il seguente modo di procedere, usando le stesse soluzioni.

Mescolare 20 cmc. di *A*) e 20 di *B*) ed aggiungere 1/2 grammo di ferrocianuro di potassio in polvere; tale miscela si può conservare, per un certo tempo inalterata (bottiglia di vetro giallo, chiusa con tappo di gomma); se il liquido non è alterato, l'ebollizione, in provetta, di 1 cmc. non determina modificazioni di tinta.

Tenuto conto, che 1 cmc. del liquido viene ridotto da g. 0,0021 di glucosio, si può dalla quantità di urina necessaria per ottenere il precipitato bruno in 1 cmc., dedurre la quantità di glucosio per litro. L'urina va versata a gocce (dalla buretta o da un contagocce normale) nel cmc. di liquido portato ad ebollizione in una provetta. Se si usa il contagocce, la quantità di glucosio può calcolarsi dalla seguente tabella:

N. di gocce	Gluc. p. 1000	N. di gocce	Gluc. p. 1000
1	42	6	7
2	21	7	6
3	14	8	5,25
4	10,5	9	4,66
5	8,4	10	4,2

Se la decolorazione si ottiene con una sola goccia o con poche gocce, si diluisce l'urina (10 cmc. con acqua distillata fino a 100 cmc.) e si moltiplica per 10 il risultato ottenuto.

Se si usa un numero di gocce maggiore di 10, la quantità di glucosio si calcola dividendo 420 per il numero di gocce usate.

Con le modificazioni così portate al metodo, la determinazione può farsi nella stessa casa del malato, con un'esattezza clinicamente sufficiente. *fil.*

Il riconoscimento degli elementi della pelvi renale nel sedimento urinario.

Il riconoscere la provenienza dei diversi elementi cellulari nel sedimento urinario è assai difficile ed anche impossibile secondo molti autori.

E. U. Fittipaldi (*Riforma medica*, 25 agosto 1930) ritiene tuttavia di poterli distinguere in base ai seguenti caratteri.

1) La forma allungata e specialmente quella *a racchetta* e la *fusata*.

2) La colorazione speciale, che essi assumono col metodo Fittipaldi di colorazione dei sedimenti urinari. La miscela è preparata con azzurro anilina solubile in acqua, eosina rossa ed aurantia. Gli elementi della pelvi renale assumono la colorazione gialla, che è caratteristica della reazione alcalina.

3) La grandezza relativa del nucleo e del corpo cellulare. In base ad una legge morfologica generale, si osserva che, quanto più si sale dal meato urinario al rene, tanto più piccolo si fa il corpo cellulare, specialmente in proporzione del nucleo, il quale invece si fa sempre più grosso, fino a culminare nella tipica sproporzione dell'epitelio renale, in cui il nucleo occupa quasi tutto il corpo cellulare.

4) Lo speciale modo di agglomerarsi, che l'A. definisce « a valanga ». Le cellule sono accatastate in disordine; talvolta ricordano un mucchio di monete gettate a casaccio, altre volte, poche cellule sono unite in modo da formare una centinatura curva, in cui il margine di ogni cellula si avanza ad abbracciare il corpo di quella contigua (a tipo di squame di cipolla); altre volte gli elementi appaiono conglomerati a formare un unico blocco.

La presenza di elementi della pelvi, senza corpuscoli di pus, si può avere anche in individui che non presentano altro all'infuori di un'arteriosclerosi diffusa; è necessario tener presente tale eventualità per evitare errori diagnostici. *fil.*

CASISTICA.

La febbre ganglionare idiopatica.

Descritta una quarantina d'anni fa da Pfeiffer, la febbre ganglionare viene scoperta nuovamente oggi dai pediatri europei che ne hanno precisati i sintomi e messi in rilievo i dati ematologici. Alcuni insistono sull'angina che spesso l'accompagna, altri sul tumore di milza, altri infine hanno contrapposto il suo quadro clinico con quello della leucemia acuta a cui si accosta per più di un punto.

Lehndorff (*Wiener med. Wochens.*, 15 febbraio 1930) osserva che tre sintomi cardinali caratterizzano la febbre ganglionare, la quale incomincia con segni mal definiti di infezione grippale, febbre, angina, cefalea.

1) La *flussione ganglionare*, che prende soprattutto i gruppi cervicali, occipitali e sottomentonieri, con predominanza dal lato sinistro. Queste adenopatie si generalizzano o presentano delle predominanze regionali, che costituiscono altrettante forme cliniche, toraciche, addominali (pseudoappendicolari, itteriche).

Il tumore di milza è quasi costante e può anche essere predominante nella forma splenica.

2) I *fenomeni infettivi* sono sempre marcati: febbre a 39°-40°, con punte parallele a nuovi

attacchi ganglionari. Tale stato infettivo è legato spesso ma non sempre ad una faringite acuta, talora con essudato paramembranoso, che ricopre le amigdale.

3) Le *modificazioni della formula leucocitaria* sono spesso notevolissime e consistono anzitutto in iperleucocitosi con aumento importante dei mononucleari, di cui il protoplasma diventa nettamente basofilo e prende le affinità tintoriali dei plasmociti.

La prognosi è nettamente favorevole; il chinino migliora, a quanto sembra, i sintomi infettivi.

La causa è finora ignota; si può pensare ad un virus o ad un microbo che presenti una particolare affinità per il tessuto linfoide.

fil.

Reazioni linfatiche e febbre ganglionare.

La reazione linfoide costituisce il fenomeno essenziale di questa malattia, caratterizzata, come è noto, da angina, febbre, adenopatie multiple e splenomegalia.

W. Stepp e H. Wendt (*Deut. med. Woch.*, 18 apr. 1930) hanno osservato diversi casi di tale malattia ed insistono su alcune sue caratteristiche.

La leucocitosi, con predominanza di linfociti, è costante.

Invece, sono variabili i segni clinici. Possono esistere dei segni precursori (febbre, alterazione dello stato generale), ma la modificazione sanguigna può stabilirsi d'un tratto.

L'angina, le tumefazioni dei gangli, la splenomegalia talvolta, invece di essere al primo piano compaiono tardivamente o possono mancare del tutto.

Queste variazioni semeiologiche rendono talora difficile la diagnosi con la leucemia linfoide, tanto più che le stigmate ematologiche della reazione linfatica rimangono anche dopo settimane dalla guarigione clinica apparente.

Si ha costantemente la guarigione; sembra però possibile che gli individui colpiti da febbre ganglionare siano predisposti a contrarre in seguito la leucemia linfoide.

L'agente eziologico, tuttora sconosciuto, è certamente di natura infettiva, in quanto che si sono osservati casi multipli di contagio ed anche delle piccole epidemie familiari. Poco probabile sembra, invece, il fattore costituzionale.

La porta d'ingresso, rino-faringea, non è affatto dimostrata e l'angina sarebbe soltanto una complicazione secondaria incostante e non già un sintomo iniziale.

Sembrano dimostrati i rapporti fra la reazione linfatica dell'adulto e la febbre ganglionare. Secondo gli AA., entrambe le affezioni sarebbero dovute ad un virus linfotropo ancora sconosciuto e sono caratterizzate dallo stesso quadro ematologico.

fil.

Osservazioni sull'andamento della linfogranulomatosi inguinale.

Löhe e Blummus (*Med. Klin.*, n. 22, 1930) riferiscono su 11 casi di linfogranulom. inguinale occorsi alla loro osservazione in Berlino.

In tutti i casi fu notata la comparsa di piccole tumefazioni glandolari isolate prima, poi confluenti, su una o su entrambe le regioni inguinali: il pacchetto così formatosi finiva per aderire alla cute infiammata e rossa, e per aprirsi in più punti all'esterno.

A volte la diagnosi differenziale con l'ulcus molle non è stata facile. Le iniezioni di controllo con pus di linfogranulom., consigliate dal Frei, hanno dato costantemente reazioni positive.

Gli AA. perciò ne raccomandano vivamente l'uso.

V. SERRA.

Infezioni da B. coli.

Se ne occupano Wilkinson e Nabarro in due articoli diversi (*The British Medic. Journ.*, 13 sett. 1930) e in particolar modo trattano dell'infezione colibacillare nei bambini. L'infezione può colpire il bambino anche una settimana dopo la nascita, e si videro dei casi di infezione congenita; però l'età più frequentemente colpita è quella più avanzata, fino all'8° anno. Le femmine sono colpite più spesso dei maschi.

Il decorso può essere acuto, subacuto e cronico. La forma acuta ha inizio con brivido o convulsioni e febbre alta; a volte si accompagna a vomito, o cefalea o dolori al dorso. La malattia non ha un aspetto clinico caratteristico che permetta di fare la diagnosi; a questa si arriva coll'esame delle urine. La febbre può essere scarsa ed aversi solo pallore più o meno notevole. Spesso la malattia prende un andamento cronico.

Per la cura la prima cosa da fare è il riposo in letto finchè le urine sono ritornate normali. Poi si somministreranno alcalini (bicarbonato di sodio oppure citrato di potassio) finchè le urine acquisteranno reazione nettamente alcalina, poi si somministrerà esamina con fosfato acido di sodio finchè l'urina sarà ridiventata acida. Inoltre si dovrà lavare il rene dando abbondante quantità di liquidi. Gli antisettici urinari (esamina, salolo, exilresorcinolo) sono in generale efficaci. I vaccini si possono usare, ma il più delle volte sono inefficaci.

Nel 20 % dei bambini che hanno piuria cronica esistono deformità delle vie urinarie (dilatazione dell'uretere, rene pelvico, uretere doppio, stenosi dell'uretere).

Non sempre si tratta di pielite, come ritengono molti, ma qualche volta si tratta di setticemia, qualche volta di una vera nefrite. L'infezione può prodursi tanto per via ascendente che per via ematica e, secondo alcuni, anche per via linfatica.

R. LUSENA.

TERAPIA.

Il trattamento dell'obesità nella donna.

E. D. Rothman (*The Endocrine survey*, luglio 1930), in accordo con v. Noorden, ritiene che l'obesità esogena è una malattia della pigrizia e dell'iperalimentazione. Tale tipo costituisce il 95 % di tutti i casi, mentre soltanto nell'1 % si trova diminuzione del metabolismo basale. Anche questa forma di obesità può essere famigliare, ma è più probabile che si trasmettano le abitudini dell'iperalimentazione e della pigrizia. Basta, del resto, un eccesso di 200 calorie al giorno (circa 300 grammi di latte o due grossi aranci) per indurre, in un anno, un aumento di oltre 10 kg.

Ad ogni modo, anche nell'obesità esogena, si deve tener presente l'azione di un fattore endogeno, perchè vi sono dei forti mangiatori che fanno poco moto e che pure non ingrassano.

L'obesità endogena può dipendere da disfunzione di parecchie ghiandole, la tiroide, la pituitaria, le gonadi.

Il metabolismo basale non è diminuito in tutti i casi, ma soltanto in quelli tireogeni.

Le forme più frequenti di obesità endocrine dipendono dalla tiroide e dalla pituitaria, entrambe si osservano più spesso nella donna, in cui queste ghiandole sono sottoposte particolarmente ad iperfunzione durante la gravidanza, mentre è soppressa la funzione ovarica.

Il metodo di trattamento dell'A. che è risultato più efficace nelle obesità del *post-partum* che in quelle postpuberali, consiste nel tenere dapprima la donna ad una dieta limitata per alcune settimane, riducendo al minimo gli zuccheri ed i grassi. Se non si ottengono effetti, si fanno iniezioni di pituitrina chirurgica bisettimanali somministrando anche estratto tiroideo tre volte al giorno, e ciò per 4 settimane, in seguito si continua con un'iniezione settimanale fino a che si sia raggiunta la desiderata riduzione di peso. Nella dieta, astensione totale da pane, patate, grassi e dolci.

Dall'effetto dell'iniezione di pituitrina si giudica la sua deficienza nell'organismo; essa, di fatto, mentre non provoca nessun disturbo nelle donne con insufficienza della pituitaria, nelle normali dà crampi, cefalea, vertigine, svenimenti. In una paziente in cui si abbiano questi fenomeni, il trattamento non è indicato. Allora, se l'individuo non è nettamente tireogeno, basteranno le semplici misure dietetiche.

L'obesità pituitaria è specialmente localizzata al segmento centrale. *fil.*

La tolleranza all'insulina nelle sindromi ipofiso-tuberiane.

Si sa che l'estirpazione dell'ipofisi rende gli animali più sensibili alla azione dell'insulina. Sendrail (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, n. 26, 1929) ha tentato di analizzare questa sensibilità nell'uomo utilizzando la prova della ipoglicemia provocata.

Dalle sue ricerche si ricava che qualunque lesione ipofiso-tuberiana si accompagna a una ipersensibilità all'insulina. E' vero che nei molti casi di lesioni basilari già Cammidge aveva trovato ipoglicemie, ma la prova dell'A. permette di mettere in evidenza quasi costantemente una tendenza all'abbassamento del tasso glicemico.

La prova può essere utile nelle diagnosi difficili. Rappresenta una nuova prova del controllo esercitato normalmente dai centri pituitari o justapituitari sulla regolazione dell'equilibrio idrocarbonato per opera della insulino-secrezione fisiologica. L. TONELLI.

Suddivisione dell'insulina e determinazione della glicemia nella cura del diabete.

Gottschalk (*Münch. Mediz. Woch.*, n. 19, 1930) afferma, in base a numerose osservazioni, che il metodo migliore per somministrare l'insulina è quello di suddividerne il dosaggio e darla a eguale distanza (ogni 8 ore) e a dosi uguali durante la giornata, indipendentemente dalla somministrazione dei pasti; si eviterà così l'accumularsi del farmaco e la conseguente ipoglicemia, da un lato, e si impedirà che il tasso dello zucchero risalga nel sangue durante la notte, dall'altro.

Prima di somministrare l'insulina l'A. consiglia di dosare lo zucchero nel sangue; tale ricerca è oggi indispensabile e non può in alcun modo essere sostituita da quella della glicosuria, dato che esistono delle semplici glicosurie senza significato patologico, e che la « soglia renale » del glucosio impedisce di farci dalla quantità di zucchero nelle urine un concetto del tasso della glicemia.

V. SERRA.

IGIENE.

La difterite nei vaccinati con l'anatossina.

L'osservazione di casi di difterite in bambini vaccinati con l'anatossina ha permesso che sorgessero dei dubbi sull'efficacia di tale provvedimento profilattico.

Alla discussione avutasi alla Società di pediatria a Parigi e dalla Commissione nominata per lo studio della questione, si sono avute le seguenti conclusioni (*Revue médic.*, 8 maggio 1930).

La vaccinazione antidifterica deve essere generalizzata e va praticata il più precocemente possibile, di preferenza a partire dal 18° al 20° mese. Dopo l'età di 10 anni si può essere più riserbati per vaccinare, in quanto che la maggior parte degli incidenti si sono avuti appunto dopo tale età.

Le iniezioni devono essere tre, separate da un intervallo non minore di 15 giorni (*opti-*

mum 20). Le dosi consuete (cmc. 1/2, 1, 1 e mezzo) sono sufficienti, ma dosi superiori non sono tossiche.

Per tener conto delle immunità transitorie od incomplete è consigliabile praticare una quarta iniezione.

La conoscenza di una vaccinazione anteriore non deve fare respingere la diagnosi di difterite in presenza di un'angina sospetta; la clinica conserva tutti i suoi diritti e si deve trattare col siero ogni bambino sospetto od affetto da difterite, anche se è stato vaccinato.

Il vaccino ed il siero non si escludono a vicenda. Si può incominciare la vaccinazione tre settimane dopo l'iniezione di siero; se si usano contemporaneamente, è bene iniettare dapprima il vaccino ed, un'ora dopo, il siero.

In ogni caso, in cui la vaccinazione ha fallito, si dovrà procedere ad un'inchiesta.

La mancata riuscita della vaccinazione dipende quasi sempre dal fatto che essa è stata incompleta od irregolare.

Se si eliminano le vaccinazioni incomplete od irregolari, si vede che, sugli 82.000 bambini vaccinati a Parigi, soltanto 50 hanno avuto la difterite, una proporzione di 1 per 1600, del tutto minima. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Corea cronica e malariaterapia. — All'abb. n. 5390:

La malarioterapia è stata tentata in tutte le affezioni croniche del sistema nervoso a base organica. I risultati sono stati soddisfacenti solo nella paralisi progressiva, nella quale determina un arresto dello sviluppo del male e anche la regressione di alcuni disturbi nel 30 % circa dei casi.

È ovvio che nessun risultato può attendersi in quelle sindromi nervose determinate da lesioni distruttive del sistema nervoso, essendo risaputo che il tessuto nervoso centrale non è capace di rigenerazione.

L'inoculazione terapeutica della malaria non è scevra di pericoli. La infezione può assumere una forma violenta ed anche letale. Siffatto inconveniente non deve sconsigliare questo metodo di cura nella paralisi progressiva, la cui mortalità, prima della scoperta di Wagner-Jauregg era del 100 % dei casi. Per le altre affezioni, nelle quali i successi sono meno sicuri e la prognosi *quoad vitam* meno grave, si deve essere più prudenti.

G. DRAGOTTI.

All'abb. n. 327-4:

Lo stato di labilità del sistema neurovascolare descritto più specialmente da Oppenheim è caratteristico specialmente del sesso femminile ed è dovuto con tutta probabilità a disordini endocrinici. Non risulta che fattori tossici e tanto meno la lieve intossicazione dovuta a inalazioni di piccole quantità di vapori di etere o di cloroformio miste a grandi masse di aria e che — come è noto — vengono rapidamente eliminate per le vie respiratorie, possano produrre alcuno dei sintomi riferibili alla entità nosologica di cui sopra.

V. GHIRON.

All'abb. A. R. da R.:

Uno dei medicamenti topici più consigliabili per le ragadi alla mammella è il blu di metilene, in soluzione al 3 %: esso è analgesico, stittico e favorisce la cheratinizzazione.

Buoni risultati per le ragadi della mammella, come anche per le ragadi anali da emorroidi si ottengono anche con la Lozione Asettica-analgesica, formula del dott. Matteo Simone, di Roma; a base di derivati dell'acido benzoico in soluzione alcalina. P. R.

VARIA.

La grafologia.

Il linguaggio scritto è la forma di espressione più alta e più tardiva del pensiero umano. Le sue origini ed il suo sviluppo seguono le tappe dell'evoluzione della civiltà.

Gli uomini primitivi non avevano il bisogno di fissare le loro sensazioni, i loro sentimenti, i loro pensieri in modo permanente. Tutti i loro desideri si riferivano a sensazioni immediate, il passato e l'avvenire non l'interessavano.

Solo molto tardi sentirono il desiderio di far rivivere il passato, di far rinascere le impressioni già sentite, le idee che avevano attraversato il loro cervello, gli avvenimenti che si erano prodotti nella vita individuale e collettiva. Fu questa la prima causa che indusse gli uomini a disegnare e a scolpire ciò che temevano di non più vedere.

Con l'andare del tempo sorse il bisogno di comunicare a distanza all'infuori del linguaggio parlato. Il disegno e l'incisione si perfezionarono per esprimere sempre più precisamente e concisamente idee, sensazioni e fatti. Si giunse così ai geroglifici che rappresentano un vero sistema capace di fissare il pensiero con la scrittura.

Ma il bisogno di semplificazione si affermò sempre più. Si isolano i geroglifici più semplici, si attribuisce loro un significato convenzionale e diventano così gli elementi della scrittura facendoli corrispondere agli elementi del linguaggio articolato.

Non è possibile fissare in qual momento della storia umana s'iniziò la scrittura alfabetica ed a quale popolo spetta il merito di averla prima adottata. Sembra tuttavia che tutti gli alfabeti in uso sulla superficie terrestre provengano dalla scrittura fenicia.

La scrittura non è una funzione innata. Gli uomini non nascono con la capacità di leggere o scrivere, ma solo con la facoltà di apprendere questa funzione.

Il linguaggio scritto è la estrinsecazione visibile a mezzo di segni convenzionali del linguaggio interiore, senza però esserne la rappresentazione esatta, completa. Nessun linguaggio, in effetti, sia esso articolato, scritto, musicale, disegnato o scolpito, riesce a riprodurre totalmente ed integralmente il linguaggio interno, che è troppo vasto, troppo complesso.

Ma a parte quel che volutamente riesce a rappresentare, si è dato al linguaggio scritto un'altra espressione di cui chi scrive non ha consapevolezza e che non tutti sanno interpetrare.

La scrittura, oltre il suo contenuto intellettivo, avrebbe la capacità di essere l'espressione della mentalità e del carattere dell'individuo.

L'idea che la scrittura dell'uomo ne riveli il carattere è molto antica. La manifestarono anche filosofi eminenti: Aristotile, Dionigi d'Alicarnasso, Svetonio, Demetrio di Falera.

Ma colui che cercò di dare una base scientifica a questa veduta, il precursore della grafologia fu l'italiano Baldo che nel 1622 scrisse un libro su i segni e le lettere, su i modi di conoscere la natura e le qualità degli uomini a mezzo delle loro lettere.

Se la scrittura, egli scrisse, sembra lenta e come formata dalla pressione della penna è probabile che lo scrittore ha la mano pesante e pigra e si può dedurre che il suo spirito non è perspicace è la sua intelligenza non è acuta. La scrittura rapida, eguale, formata nettamente denota un uomo senza cultura e senza meriti. E' molto raro che i calligrafi eccellano per intelligenza.

Contemporaneamente un altro italiano, Severinus, professore d'anatomia e chirurgia a Napoli, scriveva un trattato sulla divinazione epistolare.

Leibnitz scriveva: Il carattere è in morale come il temperamento è in medicina, è il movente di tutte le nostre azioni. E la scrittura esprime quasi sempre in un modo o in un altro il temperamento individuale.

Göthe riteneva per certo che la scrittura ha rapporti con il carattere e l'intelligenza, e che può dare elementi per giudicare della maniera di pensare e di giudicare dello scrittore.

Lavater aveva notata un'analogia tra il linguaggio, l'andatura e la scrittura, ed aveva rilevato anche che la disposizione di spirito nella quale ci troviamo al momento nel quale scriviamo, influisce sul nostro grafismo.

Una quantità di stati differenti possono alterare la scrittura e renderla anche irriconoscibile. Due lettere della stessa persona differivano per la scrittura e lo stile in modo tale da non potersi attribuire alla stessa mano. Una di queste lettere rivelava uno spirito colto ed amabile: i caratteri materiali erano tracciati con ordine e fermezza. Fu scritta in un momento di calma e quando l'autore godeva ottima salute. L'altra, d'uno stile più che trascurato, notevole per il disordine e gli errori anche ortografici, fu scritta in un accesso d'ipocondria.

Al principio del secolo decimonono comparvero sull'argomento molti libri. Notevoli quelli di Hocquard sull'arte di giudicare dello spirito e del carattere degli uomini dalla loro scrittura; di Peignot che fece degli studi su i rapporti della scrittura con le facoltà intellettuali analizzando autografi di Luigi XIV, Fénelon, Rousseau e Napoleone; e di Delestre che nella sua opera sulla fisionomia consacrò un capitolo sui rapporti della scrittura con il sesso, il carattere, il genio e la nazionalità.

Il merito di aver dato all'interpretazione della scrittura un metodo non più intuitivo e divinatorio, ma razionale e psicologico spetta all'abate J. H. Michon, che nel 1872 pubblicò un libro dal titolo « Misteri della scrittura » seguito poco dopo dall'altro « Sistema e metodo della grafologia ».

L'opera di Michon è condotta con severo criterio scientifico. Ma malgrado questi sforzi la grafologia è ancora ben lungi dal costituire un sistema dal quale si possano dedurre sicure applicazioni pratiche.

Certo al suo sviluppo ha nociuto l'opera di ciarlatani e chiromanti che hanno sfruttato per le loro cialtronerie studi improntati alla maggiore obiettività e serenità.

Tutti sono convinti che alcuni individui hanno una scrittura speciale che rivela i tratti più spiccati della loro personalità, ma la grafologia non è ancora una scienza estta.

Senza dubbio essa guadagnerà se sarà studiata da fisiologi e psicologi, e non sarà praticata come arte interpretativa da empirici o pseudoscienziati faciloni.

E' ben nota l'analisi grafologica della scrittura di Renan. Due lettere dell'autore della *Vita di Gesù* furono esaminate da due grafologi, ignari del nome dell'estensore, con questi risultati: 1. Intelligenza originalmente mediocre e poco coltivata; scarsa riflessione; credulità e tendenza accentuata al pettegolezzo da mettersi in conto d'una senilità incipiente. 2. Spirito chiaro, delicato e fine; talento scarso.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

O. ORTALI. *Perforazione di ulcera gastrica e duodenale e suo trattamento.* — Tip. Leonardo da Vinci, Città di Castello, 1929.

C. RIZZO. *Cisticercosi cerebrale ed eosinofilia nel liquido cefalo-rachidiano.* — Arti Grafiche San Bernardino, Siena, 1930.

G. RUFFINI. *La setticemia tubercolare amiliarica.* — L. Cappelli, Bologna, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXVII. - Pensione - Ricorsi.

Appartiene esclusivamente alla Corte dei Conti la cognizione dei ricorsi contro provvedimenti concernenti il riscatto di servizi sia che si tratti di liquidazione di pensione, sia che la controversia si riferisca alla ammissibilità o meno di determinati servizi al riscatto. (Consiglio di Stato, Sez. V, 31 maggio 1930 n. 338). È da avvertire però che contro i provvedimenti positivi o negativi dei Comuni, della provincia e degli enti locali, in genere, il ricorso deve essere diretto alla Giunta Provinciale Amministrativa in sede giurisdizione se sia leso un diritto soggettivo o un interesse legittimo per il trattamento di quiescenza dovuto dagli enti stessi.

XXVIII. - Ufficiale sanitario - Preferenze - Incompatibilità.

Uno dei concorrenti aveva prestato servizio di condotta, nello stesso comune, per diciotto anni circa e saltuariamente aveva sostituito l'ufficiale sanitario; l'altro aveva esercitato tale ufficio, nel medesimo comune, per circa 22 mesi. A parità di merito, chi aveva diritto di preferenza, in applicazione dell'art. 9 lett. 3 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1230? La disposizione di questo articolo, estesa agli enti locali dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073, stabilisce una ragione di preferenza per coloro che abbiano prestato lodevole servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione presso cui è indetto il concorso.

Il Prefetto nominò il concorrente che aveva prestato servizio di condotta. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 31 maggio 1930 n. 342, ha ritenuto legittimo questo provvedimento, interpretando estensivamente il citato art. 9, nel senso che vi sia compresa ogni prestazione di impiego effettivo o avventizio, purchè l'impiegato abbia il titolo di studio e i requisiti prescritti per l'esplicazione di tale attività. È, quindi, valutabile, nel concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario, anche il servizio di condotta, a prescindere dal considerare se fra i due servizi esista realmente così profonda e radicale differenza che escluda ogni rapporto di omogeneità.

Questa risoluzione è discutibile. La preferenza è fondata, essenzialmente, sul valore della prova specifica di capacità, di idoneità; è, quindi, necessario un nesso tra il servizio prestato e quello che è oggetto del concorso.

Non sembra che vi sia tale rapporto tra l'assistenza sanitaria e la vigilanza igienica, sia che si consideri la preparazione specifica, sia che si tenga conto della prestazione obbiettiva.

Nello stesso giudizio si è ripresentata la nota questione della incompatibilità dipendente da rapporti di parentela col farmacista esercente nello stesso comune (fratello).

Il Consiglio di Stato, con la medesima decisione, ha confermato che non vi è incompatibilità legale, la quale operi *de iure;* ma il rapporto di parentela può essere causa di incompatibilità di fatto, da valutarsi caso per caso. Il Prefetto ha il dovere di pronunziarsi sulla dedotta incompatibilità quando provvede alla nomina dell'ufficiale sanitario.

XXIX. - Medico condotto. Collocamento a riposo per limiti di età.

Circa il collocamento a riposo dei medici condotti, per limiti di età, la giurisprudenza del Consiglio di Stato aveva fissato queste regole: la legge non attribuisce ai Comuni siffatto potere ed è, quindi, illegittimo il provvedimento che risolve il rapporto di impiego per limiti di età; ma tale potere può risultare dal regolamento locale o dai capitolati speciali, approvati, si intende, dall'autorità tutoria.

Sopravvenne la nota circolare del Ministero dell'Interno 13 novembre 1929, la quale considerò illegittime le norme dei regolamenti e dei capitolati che attribuiscono ai Comuni il potere di collocare a riposo per limiti di età e invitò i Prefetti ad annullarle. La nostra tesi, altre volte esposta, è conforme alle istruzioni del Ministero. Ma la V Sezione del Consiglio di Stato ha persistito nella sua giurisprudenza, con decisione 14 giugno 1930, n. 374.

La circolare non è, però, senza effetti pratici, perchè i Prefetti e, in genere, tutte le autorità dipendenti dal Ministero, devono uniformarsi alle istruzioni di esso.

In sede contenziosa sarà osservato un criterio diverso, sino a quando il contrasto non sarà superato per legge.

È da avvertire che, nel caso deciso con la sentenza sopra indicata, il medico condotto non aveva ricorso contro la deliberazione che, modificando il capitolato, disponeva il collocamento a riposo del personale che avesse compiuto 65 anni di età o 40 anni di servizio e l'applicazione della nuova disposizione al medico condotto allora in servizio. La V Sezione ha ritenuto che il ricorso dovesse essere proposto contro questa deliberazione e non contro quella che, successivamente, la attuò provvedendo al collocamento a riposo.

Non ci risulta il contenuto della prima deliberazione: dal punto di vista astratto, si può ritenere che se da essa derivò una lesione effettiva e certa del diritto, l'azione doveva essere esercitata allora, entro 30 giorni dalla comunicazione o dalla conoscenza sicura, mediante ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Le piccole indennità devono essere soppresse?

Dott. GIACOMO DOMENICHINI, libero docente.

Alcuni con gli scritti su le riviste, altri con la parola nei congressi periodicamente reclamano modificazioni alla legge per togliere di mezzo le piccole indennità oggi protette da la legge infortuni vigente.

E ci sono anche altri che pensano non sia necessario modificare la legge per negare le piccole indennità agli operai infortunati. Anzi essi avrebbero la pretesa — non dico — di insegnare la legge ai giudici, ma li rimproverano di concedere «indebitamente» indennità e di non tener conto «della qualità di lavoro al quale è adibito l'operaio».

Dopo i giudici i medici. A questi il Lattes dà consigli non approvando la pitoccheria di certi medici di assicurazione, nè le esagerazioni di certi sanitari degli operai.

Ma i medici sono anche accusati di compiacenza e di incompetenza nel curare e nel periziare. Le querimonie partono dagli assicuratori quando si ritiene che il medico sia troppo favorevole all'infortunato; partono da l'altra sponda quando si crede che il sanitario curi gli interessi delle casse assicuratrici. Sono quindi lamentele di parte alle quali si deve fare una buona tara. Perchè io credo all'onestà dei colleghi ed anche alla loro sufficiente competenza nella maggior parte dei casi non essendo la infortunistica così difficile come la fanno certuni.

Il Queirolo diceva in proposito che il problema consiste nel fare una giusta diagnosi e prognosi. Da ciò scaturisce la cura adatta e si hanno anche i dati per stabilire la misura dell'indennizzo. Ed il Novaro al congresso di Roma sosteneva non essere necessaria la creazione di scuole per la traumatologia infortunistica.

La cura degli infortunati infatti è rappresentata per lo più da piccola chirurgia che richiede molta pazienza, ma non grande abilità. E pazienza occorre ancora dopo la guarigione chirurgica per ottenere la restitutio funzionale che è quella che più interessa l'operaio, l'assicurazione, la società.

Penso quindi che non sia male trattare in un giornale che va per le mani di tutti i medici qualche problema di infortunistica.

Sono oggi all'ordine del giorno i piccoli indennizzi resi di attualità da un discorso al Senato del prof. Baldo Rossi. Questi ha proposto di sopprimere le piccole indennità e di elevare gli indennizzi agli infortunati con inabilità totale. È una proposta ormai vecchia che ogni tanto qualcuno riprende ripetendo gli stessi argomenti. Infatti il Rossi non solo ripete le ragioni esposte da altri e specie dal Pisenti nel 1921, ma usa lo stesso linguaggio facendo tuttuno delle invalidità con le lesioni: «..... il valore — scrive — riferito alle piccole lesioni permanenti.... » «.... poichè le lesioni liquidate dal 5 al 15 % non sono mai tali da determinare una sensibile diminuzione della capacità di guadagno» «.... stabilendosi degli abusi reali a vantaggio delle piccole lesioni».

Ora io credo sia bene usare una certa precisione e perciò ripeto quanto scrissi in altra occasione. Il giudizio di liquidazione nella legge infortuni è un apprezzamento non di lesione ma di inabilità (1). E questo sta a dimostrare che la legge vuole indennizzare non la lesione ma la conseguenza di essa lesione; la incapacità al lavoro.

***

Abolire le piccole indennità e aiutare maggiormente gli invalidi totali.

Io scrissi — anni or sono — che si darebbe uno togliendo cinque. E poco fa precisavo, servendomi delle cifre fornite dal senatore Rossi, che la Cassa nazionale infortuni avrebbe lucrato in un quadriennio oltre cento milioni (2). Tuttavia aggiungevo che nessun infortunista poteva restare insensibile alla proposta santa di aumentare le indennità agli invalidi totali. Suggerivo però di seguire altra via.

---

(1) Tovo dice che in pratica il concetto di lesione è usato per indicare la lesione iniziale e le conseguenze di essa. Però dice anche che interpretando rigorosamente si deve ammettere con il Carnelutti che la lesione è l'infortunio stesso e la invalidità ne è la conseguenza. Pure il Borri era di questo parere.

(2) La Cassa Naz. Inf. pagò in un quadriennio — sono cifre del sen. Rossi — 155.597.024,24 per sole invalidità dal 5 al 19 %

Gli invalidi totali, stando alle statistiche del Poëls, rappresentano circa il 12 ‰ delle inabilità permanenti. Quindi nel nostro caso su 64733 invalidità del quadriennio avremo 777 invalidi totali. Concedendo loro altre trentaquattromila lire per giungere alle 70 proposte dal Rossi, la Cassa pagherebbe poco più di ventisei milioni invece di centocinquantacinque.

Prima di tutto premettevo che l'assicurazione infortuni è una spesa generale dell'industria come il fitto dei locali, l'illuminazione, il riscaldamento ecc. Il peso quindi dovrebbe essere sopportato per intero dall'industria.

In un secondo luogo dicevo di ricercare se i bilanci floridi delle assicurazioni permettono di soddisfare a queste necessità senza aumentare i premi.

Finalmente se ciò non bastava, proponevo di togliere un sesto dagli indennizzi per le invalidità permanenti che vanno dal 5 al 19 %. Si ottengono così proprio quei 26 milioni che occorrono perchè gli invalidi totali abbiano, invece di trentasei, settantamila lire.

Così il sussidio agli invalidi totali sarebbe completato a tutto sacrificio degli operai infortunati minori.

***

Ci sono, dice il Rossi, dei produttori di infortuni, ci sono degli autolesionisti, ci sono, insomma, degli abusi specialmente nelle piccole invalidità. Sopprimiamo le relative indennità.

Mi pare un rimedio troppo eroico. Io non voglio negare qualche abuso per parte di operai disonesti. Ma sono eccezioni, come saranno eccezioni gli abusi che commettono alcune assicurazioni verso gli operai. Vedere, per persuadersi, la pubblicazione degli indennizzi offerti dalle assicurazioni e quelli ottenuti dietro opera del patronato nazionale. I tentativi di lucro si commetterebbero quindi da l'una e da l'altra parte.

Sarebbe enorme togliere con un tratto di penna le piccole indennità solo perchè si verificano degli inconvenienti.

D'altra parte, leggendo il discorso del Rossi, si ha l'impressione che l'operaio sia considerato come una macchina in cui si può sostituire una vite, una valvola ecc. Una invalidità dal 5 al 15 % ed anche al 20 % — dice — non porta danno all'operaio che può fare lo stesso mestiere e conservare lo stesso salario dell'antinfortunio.

Il salario è l'indice della capacità lavorativa dell'operaio. Anzi secondo il Carnelutti è « l'indice unico, inderogabile, forfaitario delle capacità produttive dell'operaio ».

Il padrone compensa il lavoratore per quello che produce e dice bene il Roghi che l'imprenditore compensa l'operaio a seconda del guadagno che gli procura.

Ora purchè il lavoro venga fatto nella stessa quantità e qualità di prima dell'infortunio poco importa all'impresa se l'operaio — per inabilità subita — deve fare maggior sforzo con le parti rimaste sane per sostituire o integrare la funzione deficiente o mancante dell'organo o delle parti rimaste offese.

Il riprendere lo stesso mestiere non ha importanza perchè un sarto può riprendere il suo mestiere pur avendo perduto una gamba.

Io — che una volta scrivevo: salvare una sola falange di un dito può voler dire salvare un individuo nella sua integrità di uomo e di lavoratore — dovrei ora credere che la mancanza di uno o più dita non arreca danno. Infatti resterebbero senza indennizzo la perdita dell'indice sinistro; la perdita del medio e della falangetta dell'indice sia destro che sinistro: la perdita di due falangi dell'indice destro; la perdita del medio e di due falangi dell'anulare; la perdita dell'anulare e di due falangi del medio; la perdita della falangetta dell'indice sinistro, del medio e dell'anulare; la perdita della falangetta del medio, anulare e mignolo; la perdita della seconda falange del pollice ecc.

Che se poi fosse accettato di non indennizzare le invalidità fino al 20 %, la mutilazione potrebbe essere maggiore.

Infatti resterebbe senza indennizzo per permanente anche la perdita dell'indice destro, e perfino la perdita di due dita: il medio e l'anulare.

Io penso che un tipografo ad es. sarebbe fortemente danneggiato per la perdita di due falangi di un indice e della falangetta dell'altro indice. E credo che nessuna persona assennata — anche se non è medico — possa dire che una mano privata di sei falangi (due del medio, due dell'anulare, due del mignolo) sia una mano servibile in qualunque mestiere ed anche solo nei lavori grossolani del picconiere, dello scalpellino, del manuale, del facchino, dello sterratore, del muratore, del fabbro, del falegname, del calzolaio.

Tali operai hanno bisogno della funzione prensile e della chiusura vigorosa della mano per stringere e adoperare il piccone, il martello, il badile, la lima, le tanaglie. Se così mutilati fanno uguale lavoro e ricavano uguale salario vuol dire che le parti integre della mano compensano con maggior sforzo la mancanza del dito o delle falangi ecc.

Si noti poi quanti infortuni — pur cagionando una invalidità — resterebbero senza indennizzo. Perchè gli infortuni delle mani costituiscono circa la metà di tutti gli infortuni. Nella statistica del Ricchi sono il 455 per mille, ed in quella del Mirko i soli infortuni delle dita rappresentano il 25 %.

Anche la perdita di 3, 4, 5 decimi di vista

non dovrebbe produrre danno. Ma un orefice, un orologiaio, uno scultore, un tipografo, un ferroviere, un meccanico e tutti coloro che hanno mestieri di precisione dovranno, per lo più, perfino cambiare mestiere.

Parimenti resterebbero senza indennizzo la più parte delle invalidità indirette non superando per lo più la misura del 15-20 % di inabilità. Ad es. un serramento di mascelle per miosite traumatica dei muscoli masticatori, o la mancanza di rapporto fra le due arcate dentaria per frattura di un mascellare non dovrebbe produrre danno potendo l'operaio dopo l'infortunio riprendere il mestiere e guadagnare lo stesso salario. Ma tali infortunati per mantenersi in forza devono nutrirsi di cibi speciali perchè il serramento delle mascelle nei primi ed il mancato rapporto dei denti nei secondi non permette di mangiare cibi grossolani (pane, polenta, fagioli) come mangiano i compagni di lavoro. Devono nutrirsi di cibi più costosi (ova, minestrine, burro, ecc.). Essi sono come la macchina che, per un'avaria, consuma più carbone per fare uguale lavoro dell'altra intatta.

Così pure per altre invalidità indirette: una cicatrice deturpante del viso fa sì che l'operaio subisce un boicottaggio nel mercato del lavoro.

Un'epilessia traumatica limita il campo del lavoro dell'operaio che non potrà salire su ponti, scale, ecc.

La letteratura nostrana è ricca di nomi che trattarono questi argomenti: Albertazzi, Bernacchi, Borri, Corradi, Domenichini, Uffreduzzi ed altri. E vedo ora un lavoro del Ciampolini, che è uno dei sostenitori della campagna contro le piccole indennità, su di un caso di *induratio penis* traumatico per il quale sostiene essere giusto indennizzare.

Ora sia che l'infortunato, per fare lo stesso lavoro, debba compiere maggiore sforzo, sia che debba spendere di più per mantenersi in forza, sia che abbia limitato il campo del lavoro, ha subìto un danno anche se per avventura può fare lo stesso mestiere e percepire lo stesso salario dell'antinfortunio.

***

Nessun istituto assicuratore — dice il Rossi trattando di fratture — può liquidare un infortunio « anche se ben guarito », senza dover liquidare un compenso per invalidità permanente che può « andare al 10, al 15, al 20 % ».

Il Pisenti aveva scritto: « si è preso l'andazzo di indennizzare qualsiasi piccola lesione » (leggi inabilità). E altrove si concedono indennizzi per permanenti « per piccole perdite di unghia, delle piccolissime cicatrici cutanee superficiali, insignificanti; per lesioni lillipuziane ».

Ma certe cose non sono facilmente credute.

Perchè se un infortunato è ben guarito non trova nessuna assicurazione che gli dia un centesimo — *dico un centesimo* — per invalidità permanente. E stia tranquillo il Pisenti che nessun operaio ha riscosso un centesimo — *ripeto un centesimo* — per invalidità permanente da piccole perdite di unghia.

E questo posso affermare, senza tema di essere smentito, essendo stato per vari anni consulente o fiduciario presso il maggior istituto di assicurazione infortuni. Nè ebbi occasione di conoscere tanta liberalità, che sarebbe d'altronde fuori luogo, nel tempo che fui consulente del patronato locale.

E poi qualche cosa in proposito dicono le statistiche. L'Agosti su 604 casi di frattura delle varie parti del corpo, ne ha 492 guarite completamente. Quindi solo 112 ebbero indennizzo per invalidità permanente.

Il De Nitto dice che i casi di infortunio oculari che si presentarono in primo tempo guarirono « il 90 % in franchigia ».

Il Pisenti aveva anche scritto che era antiscientifico e che si deformava la scienza per concedere i piccoli indennizzi. E per di più era inutile dare qualcosa agli operai che « per la deficiente mentalità » non hanno idea « di risparmio e di previdenza ».

Io intanto sono convinto che il popolo italiano è nel suo complesso sobrio. Guai se non fosse così! E sono confermato nella mia convinzione da quanto asserisce il Cazzaniga che con le sue ricerche sistematiche trovò la maggioranza degli invalidi « sistemata in parte mercè l'impiego del capitale riscosso... ». Ed aggiunge che l'affermazione degli sperperi per parte degli operai era sempre stata fatta senza che si fossero fatte ricerche seriamente condotte.

D'altra parte non so vedere deformazione scientifica nel fatto di concedere un piccolo indennizzo ad un lavoratore per la perdita di un dito, di una falange, di 2, 3, 4 decimi di visus. Mi pare anzi si voglia prostituire la scienza quando la si vuole far servire per negare un'indennità col pretesto che l'operaio non è risparmiatore.

***

L'assicurazione agricola, ove le piccole invalidità fino al 15 % non dànno diritto ad indennizzo, è un richiamo che non può essere citato

a conforto della tesi caldeggiata dal Rossi. Nei lavori che precedettero la promulgazione della legge agricola si legge appunto che uno degli argomenti per non tenere in considerazione le piccole invalidità fu il fatto che una piccola inabilità può non arrecare grave ripercussione nell'economia del lavoratore agricolo.

Per di più certi lavori, che sono ausiliari dell'agricoltura come la trebbiatura del grano ecc., sono soggetti alla assicurazione industriale. Questa assicurazione assicura la massa dei lavoratori dell'industria. Protegge quindi il lavoratore grossolano (fabbro, muratore, facchino ecc.) come il lavoratore di precisione (meccanico, scultore ecc.) e non fà e non può fare distinzione di mestiere avendo per base dell'indennizzo il forfait. Carnelutti ha scritto in proposito: « La legge stabilisce in una proporzione invariabile, con una tariffa indiscutibile, il danno sofferto dall'operaio in conseguenza di una data lesione. La perdita di un occhio gli diminuisce il salario del 35 %. È una presunzione juris et de jure. L'operaio non è ammesso a provare che, per il genere particolare del suo lavoro o per altre circostanze, il danno recatogli dalla semicecità consiste in una diminuzione ben maggiore della sua mercede. L'assicuratore e l'imprenditore invano tenterebbero di esimersi in tutto o in parte dal pagamento dell'indennità dimostrando che l'infortunio o non ha affatto diminuito il salario del sinistrato o lo ha diminuito in proporzione minore di quella prevista dalla legge. È una alea che l'operaio corre. Se la diminuzione è maggiore della cifra tariffata, peggio per lui. Ma allora anche meglio per lui nel caso inverso ».

Modena, ottobre 1930.

BIBLIOGRAFIA.

AGOSTI. II Congresso Internaz. degli infortuni, Roma, 1909.
ALBERTAZZI. Rivista Infortuni, N. 1, Roma, 1906.
Annali del Credito e Previdenza, serie II, vol. 18. Roma, 1916.
BERNACCHI. Rivista Infortuni, Modena, 1899; Medicina infort., Milano, 1912.
BORRI. Rivista infort., Modena, 1901; Ramazzini, n. 2, Firenze, 1908.
CARNELUTTI. Citato da LEONCINI.
CIAMPOLINI. V Congresso internaz., Budapest, 1928.
DE NITTO. Congresso oculistico, Roma, 1920.
DOMENICHINI. Dal volume in omaggio del prof. Poggi, Bologna, 1915. *Le statistiche e le piccole indennità.* Rivista critica infort., n. 5-6, Milano, 1922.
LATTES. I Congresso med. sociale, Milano, 1929.
Legge 31 gennaio 1904, N. 51.
LEONCINI. I Congresso med. sociale, Milano, 1929.
NOVARO. II Congresso internaz. infort., Roma, 1909.
POËLS. Ibid.
PISENTI. Rassegna previdenza, n. 7, Roma, 1921.
QUEIROLO. Citato da BERNACCHI.
Regolamento per la esecuzione della legge (testo unico), 31 genn. 1904.
RICCHI TEOBALDO. II Congresso internaz. infort., Roma, 1909.
ROGHI. Rivista critica infort. n. 6, Milano, 1925.
ROSSI. Il medico ital., n. 9, Milano, 1930.
TOVO. II Congresso medici infortunisti, Venezia, 1924.
UFFREDUZZI. Clinica chirurgica, n. 6, Milano, 1912; II Congresso internaz. infort., Roma, 1909.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMANDOLA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 gen.; L. 7700 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. forese L. 1000, indenn. laurea L. 500, cavalc. lire 2700. Le condotte sono due, oltre una chirurgica.

AVELLINO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico e direttore del dispensario del capoluogo; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att.; 4 quadrienni dec. Scad. ore 12 del 15 gen. 1931.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario e Capo dell'Ufficio di Monopoli. Per titoli ed esami che avranno luogo presso la R. Università di Bari. Stipendio annuo L. 14.000 aumentabile a lire 21.000 per effetto di 5 aumenti quadr. del decimo dello stipendio iniziale. Divieto libero esercizio professionale e obbligo di eventuali funzioni di Medico di porto. La domanda in carta da bollo da L. 3 ed i prescritti documenti (il cui elenco potrà conoscersi richiedendo il bando di concorso) debbono pervenire all'Ufficio del Medico Provinciale, presso la R. Prefettura di Bari, non oltre le ore 12 del 30 dicembre 1930.

BIBBIENA (*Arezzo*). — Scad. 5 gen. 1931; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

BRINDISI. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo lordo L. 13.500 aumentabile di un decimo al termine del 3°, 6°, 9°, 14° e 19° anno dalla nomina. Indennità di servizio attivo L. 3500. Corresponsione del 30 % sui proventi delle ricerche ed analisi a pagamento. Età minima anni 21, massima 45 salvo eccezioni di cui art. 9 R. D. 155 del 6 gennaio 1927 e art. 42 del R. D. n. 1290 del 30 settembre 1922. Documenti consueti debitamente legalizzati. Tassa di concorso L. 50,10. Titolo di studio abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo o diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito entro il 31 dicembre 1924 o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovino nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Scadenza 31 dicembre 1930. Obbligo di residenza Brindisi-Città; divieto di attendere ad altro, che sia estraneo agli impegni di Ufficio. Chiarimenti e richiesta bando integrale di concorso agli Uffici dell'Amministrazione Provinciale di Brindisi.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per 3 consorzi; scad. 10 dic. Rivolgersi Ufficio del medico provinciale.

Forlì. *Ospedale G. B. Morgagni.* — Aiuto medico, aiuto chirurgo, assistente medico e assistente chirurgo. Scad. ore 18 del 5 dicembre. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

Groscavallo (*Torino*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 300 indenn. alloggio.

Guidizzolo (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., c.-v., L. 500-1800-2500 trasp.

Mercogliano (*Avellino*). — Scad. 18 gen.; lire 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc. (in corso di approvaz.). Età lim. 40 a.

Meretto di Tomba (*Udine*). — Stipendio L. 8000, più L. 500; più L. 3000; più L. 900. Tassa L. 50. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza 20 dicembre.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico assistente interno nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese; titoli ed esami; L. 6100, oltre L. 1500 indenn. resid., L. 10 per ogni guardia, vitto, alloggio, ecc. Età lim. 35 a.; 5 copie del *curriculum vitae*, ecc.; doc. a un mese dal 10 nov. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo degli Istituti (via Ospedale 5). Scad. ore 16 del 15 dic.

Monesiglio (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; L. 9700 oltre L. 1500 motociclo, L. 800 se uff. san.; tassa L. 50,10.

Monopoli (*Bari*). — Vedere Bari.

Monticello (*Como*). — Scad. 20 dic.; L. 8700 e 4 quinquenni di L. 900 oltre L. 1200 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Notaresco (*Teramo*). — Scad. 31 dic.; L. 8000 e quadrienni di L. 500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Roma. *Camera dei Deputati.* — Concorso per titoli al posto di medico; scad. 30 nov.; L. 12.000; biennio di prova.

S. Nicola da Crissa (*Catanzaro*). — L. 7500 e 5 quadrienni; scad. 8 dic.

S. Lucia di Tolmino (*Gorizia*). — Scad. 15 gen.; con Gracova Serravalle; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 automob., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

S. Margherita d'Adige (*Padova*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 600 uff. san., L. 1000 ambulat., L. 3000 trasp., c.-v. per ammogliati; età lim. 40 a.

San Valentino d'Abruzzo (*Pescara*). — Scad. 3 mesi dal 18 ott.; con Turrivalignani; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre 500 pov., ecc.; età lim. 40 a.

Torino. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Vice direttore; L. 22.000 oltre L. 5000 indenn. servizio. Scad. 15 dic.

Trento. *Comune.* — Scad. ore 17 del 30 nov.; per due sobborghi; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 750 uff. san., L. 1400 indenn. alloggio, c.-v.

Vendrogno (*Como*). — Scad. 1° gen.; L. 13.500 oltre c.-v. L. 720.

Viadana (*Mantova*). — Scad. 15 gen., per Cizzolo; L. 10.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 1800 trasp.

Vimercate (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; alloggio ovvero indenn. L. 1500; compartecipaz. Scad. ore 16 del 10 dic. Tassa L. 50. Età lim. 32 a. Docum. a 90 giorni. Chied. annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premio Baccelli di Fondazione dell'Ist. Nazionale medico-farmacologico in Roma.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso a un Premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 3) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui al precedente articolo, al Rettore dell'Università, non più tardi del 15 gennaio 1931. Alle istanze stesse debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica. Chiedere l'annunzio alla Segreteria universitaria.

Premio Achille Sclavo per l'Endocrinologia.

Il primo concorso al premio biennale « Achille Sclavo » di L. 10.000 è aperto, colla scadenza al 31 dicembre 1932.

I lavori da presentarsi dovranno portare un contributo originale, sia con ricerche sperimentali, sia mediante studi ed osservazioni cliniche, alla fisiopatologia di uno dei seguenti organi: *a*) Corteccia surrenale; *b*) Pancreas; *c*) Ovaio (come ghiandola endocrina). Per essere ammessi i lavori dovranno pervenire raccomandati non oltre il 31 dicembre 1932 alla direzione dell'Istituto Opoterapico Nazionale « Pisa », via Contessa Matilde 27, Pisa.

Il concorso si svolgerà colle norme e condizioni stabilite dallo Statuto del « Premio Achille Sclavo », che si invia a richiesta.

* * *

L'Istituto Opoterapico Nazionale « Pisa » nell'intento di non ritardare per un intero biennio l'assegnazione di un premio destinato ad onorare la memoria del suo amato membro fondatore Achille Sclavo, fermo restando il concorso predetto, apre, per una volta tanto, un concorso per un premio di L. 5000 intitolato al nome di Achille Sclavo, scadente al 31 dicembre 1931.

La somma di L. 5000 sarà divisa in un premio di L. 4000 e un premio d'incoraggiamento di lire 1000, che saranno assegnati a monografie sul tema: « Lo stato attuale della Endocrinologia, Fisiopatologia e Clinica ».

La monografia dovrà costituire un piccolo Manuale, scritto in forma piana e pratica, destinato a diffondere e perfezionare nei medici pratici la conoscenza dello stato attuale della Endocrinologia con particolare riguardo alla Patologia medica ed alla Clinica.

Coloro che intendono prendere parte al concorso dovranno presentare il loro lavoro, sia in bozze di stampa sia dattilografato, entro il 31 dicembre 1931, alla direzione dell'Istituto Opoterapico Nazionale, via Contessa Matilde 27, Pisa.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla direzione dell'Ospedale Civico di Tivoli, quale successore del compianto prof. Parrozzani, è stato chiamato il prof. Carlo Colucci, già assistente nell'Ospedale Maggiore di Parma, attualmente assistente chirurgo nell'Ospedale del Bambin Gesù, aiuto chirurgo negli Ospedali Riuniti e aiuto ostetrico nella Maternità di S. Giovanni a Roma.

Al concorso per tre posti di medico di Sezione nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Genova la Commissione, composta dei proff. Alberti e Cerletti, aveva fatto, su 12 concorrenti, la classifica seguente: 1° Mantero e Sesi; 2° Trossarelli; 3° Cabitto; 4° Pieraccini; 5° Rieti. Sono stati nominati i dottori Mantero, Trossarelli e Pieraccini.

Il premio Rodríguez Abaytúa dell'Accademia Medico-Chirurgica di Madrid è stato assegnato alla dott.a Jimena F. de la Vega, per il suo lavoro « Equilibrio acido-basico in rapporto alla narcosi ». La dott.a de la Vega è nota per altri lavori sull'eredità sperimentale e sulla costituzione normale e patologica; ha redatto la monografia sulla « Costituzione » nel « Manuale di Patologia generale » del prof. Nóvoa Santos; è professore-aiuto per la pratica clinica alla cattedra di patologia generale del Nóvoa Santos e dirige la Sezione Biochimica nel Laboratorio d'investigazioni cliniche della Facoltà di Medicina di Madrid, diretto dal prof. Pittaluga. Un fatto strano: ha seguito tutti i corsi di medicina contemporaneamente ad una sua gemella.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

In tema di cancro.

Il prof. Tansini ha iniziato il 7 novembre corr. il suo Corso di Clinica Chirurgica generale con una lezione intitolata: « In tema di cancro ».

Alla lezione erano presenti, oltre a numerosissimi studenti, molti professori della Facoltà Medica e medici pratici della città e provincia. Dopo aver messo rapidamente in evidenza l'indirizzo moderno delle ricerche e delle osservazioni di biologia e biopatologia, egli espose il risultato di sue osservazioni sull'uomo vivente ammalato per cancro, raccolte nella sua esperienza semisecolare, insistendo sopra i rilievi riferibili alla costituzione di questi ammalati, e sull'importanza dell'iperemia nello sviluppo del cancro.

Sopra tale importanza egli aveva già fin dal 1924 espressa la sua opinione, poi confermata nel 1927 in modo più chiaro in una sua conferenza di propaganda pei medici dell'Ordine di Pavia, e finalmente anche in una comunicazione del 1930 a Milano, in una riunione indetta dalla Sezione Milanese della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. Queste sue osservazioni ebbero una conferma in ricerche sugli animali da esperimento fatte dal dott. Midana nell'Istituto di Patologia generale di Torino.

Prendendo in considerazione l'influenza, sullo sviluppo del cancro, della costituzione robusta, dell'alimentazione e del clima, egli traccia un programma per la prevenzione del cancro in quegli individui che furono operati radicalmente. Poichè, se colla terapia chirurgica si possono ottenere guarigioni durature fino a dieci o più anni, e poi si osserva la ripetizione della malattia in altri organi od altre sedi, ciò vuol dire che esiste nel soggetto una disposizione ad ammalare di cancro, cioè un fattore costituzionale che bisognerà sforzarsi di modificare con cure appropriate (dietetiche, climatiche, farmaceutiche, biochimiche).

Egli perciò preconizza un nuovo indirizzo nel trattamento degli ex-cancerosi, non a base di ricostituenti, come sin qui erasi praticato, ma inteso a modificare la costituzione del soggetto in altro senso.

P. INTROZZI.

Da Padova.

Universitaria.

Il prof. Gino Frontali è stato qui chiamato da Pavia come stabile a coprire la cattedra di Clinica pediatrica. Egli ha già assunta la direzione del suo Istituto per il quale è anche in corso di approvazione il decreto di autorizzazione a tenere una Scuola di perfezionamento pediatrico. Il corso sarà biennale col seguente programma:

Anno I: embriologia, anatomia del bambino, fisiologia del bambino; patologia, semeiotica, clinica pediatrica medica; anatomia patologica delle principali malattie infettive; terapia fisica delle malattie dell'infanzia; igiene sociale dell'infanzia; nozioni di igiene scolastica; nozioni di oculistica; nozioni di dermosifilopatica.

Anno II: patologia, semeiotica, clinica pediatrica medica; terapia; chirurgia infantile; ortopedia; anatomia patologica delle principali malattie dell'infante; radiologia applicata alle malat-

tie dell'infanzia; nozioni di otorinolaringologia; nozioni di odontoiatria.

Per la stessa Clinica pediatrica si aprirà presto il concorso al posto di aiuto.

* * *

Venne pubblicato il bando per le seguenti borse e per i seguenti premi:

Fondazione Vanzetti per studente povero, appartenente di nascita alle Provincie venete ed iscritto nell'anno 1930-31 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Scade 31 dicembre. L. 400 annue.

Fondazione Filippo Lussana. Medaglia d'oro, od equivalente valore in denaro per chi di nazionalità italiana e di indiscussa condotta morale, laureato in medicina e chirurgia in questa Università abbia ottenuto le migliori votazioni negli esami di Fisiologia, Anatomia, nella laurea, e che con lavori a stampa o manoscritti abbia dimostrato particolare attitudine allo studio della Fisiologia. Scade 31 dicembre.

Fondazione Collegio Engleschi. Cinque sussidi di annue L. 750 ciascuno da destinarsi a studenti poveri dei quali, tre appartenenti alla Provincia di Padova o dei Distretti di Dolo e Mirano in Prov. di Venezia, e due di Muggia in Istria. Scade 31 dicembre.

Fondazione in memoria del dott. Levi Catellan morto sul campo di battaglia. Sussidio di L. 2000 annue a favore di uno studente povero di nazionalità italiana. Il sussidio sarà conferito al più meritevole, ed a parità di merito saranno preferiti combattenti e mutilati. Scade 31 dicembre.

Fondazione Maria Marsiglio per borsa di L. 750 da conferirsi a studente povero che si distingua per profitto e condotta. Scade 31 dicembre.

* * *

Il prof. Mario Truffi, direttore della Clinica Dermosifilopatica, venne nominato relatore al Congresso internazionale di sifilografia che si terrà in Parigi nel 1932 in occasione della celebrazione del centenario della morte di Alfredo Fournier. Il prof. Truffi tratterà il tema: « Diagnostic precoce et pathogénie des syphilis nerveuses ». Con lui sono relatori il dott. Ravaut per la Francia, ed il dott. Dujardin per il Belgio.

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale ospedaliero.

In conformità ad un annunzio già dato, avrà luogo a Vienna dall'8 al 13 giugno 1931. Ne è stato definitivamente fissato il programma, che comporta i seguenti temi: Costo degli ospedali (Distel, di Amburgo); Compito dell'infermiera nell'ospedale (sig.na Reimann, di Ginevra); Terminologia ospedaliera (Wirth, di Francoforte); Legislazione ospedaliera (Harper, di Wolverhampton); Servizi accessori nell'ospedale (Wortman, di Hilversum); Costo della giornata d'ospedalizzazione (Gouachon, di Lione); Consultazioni esterne (Corwin, di New York); Alimentazione dei malati (von Noorden, di Vienna); Effetti dell'assicurazione-malattie sulla pratica ospedaliera (relatore non ancora designato); Posto della neurologia e della psichiatria nell'ospedale generale (Alter, di Düsseldorf).

Il Congresso sarà preceduto da una visita agli ospedali britannici, danesi e tedeschi, la quale si chiuderà a Passau ed a Vienna; sarà seguito da una visita agli ospedali di Budapest. I congressisti visiteranno anche le istituzioni sociali dello Stato austriaco e in particolare della città di Vienna.

Durante il Congresso si terrà un'Esposizione internazionale scientifica e commerciale relativa agli ospedali.

La tassa d'iscrizione è di 125 franchi francesi; dà diritto a tutte le pubblicazioni.

Il Congresso è presieduto dal Dr. René Sand (avenue Vélasquez 2, Paris VIIIe); segretario generale ne è il Dr. E. H. Lewinski Corwin (2 East 103rd Street, New York). L'organizzazione locale è affidata al Dr. J. Tandler, professore all'Università e capo dei servizi igienico-assistenziali (Rathaustrasse 9, Wien I).

6° Congresso internazionale di talassoterapia.

Si terrà a Berck, nel maggio 1931, con l'alto patronato del presidente della Repubblica francese; sarà presieduto dal dott. Sorrel, chirurgo capo dell'Ospedale marittimo di Berck. Tema di relazione: « Trattamento della coxalgia e delle sue sequele ».

Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale, Dr. Mozer, Hôpital maritime, Berck-Plage, Pas-de-Calais, Francia.

Congresso internazionale di biologia.

Si è svolto a Montevideo dal l'8 al 12 ottobre, in occasione del centenario dell'indipendenza uruguayana. Vi furono presentate più di 400 comunicazioni.

7° Congresso internazionale per la riforma sessuale.

Si è adunato a Vienna dal 16 al 23 settembre, sotto la presidenza del prof. Magnus Hirschfeld. Vi furono discussi temi interessanti ed esposte idee audaci, le quali non possono trovare largo consenso in Paesi tradizionalisti, ove la tradizione stessa costituisce una forza, come l'Italia.

Era stato preceduto dal 7° Congresso internazionale per la limitazione delle nascite, adunatosi a Zurigo dal 1° al 5 settembre.

Congresso internazionale di laringologia.

Il Congresso internazionale adunatosi a Francoforte ha deliberato che il Congresso venturo debba tenersi a Bordeaux nel luglio 1931; sarà presieduto dal prof. Portmann.

35° Congresso francese di neuro-psichiatria.

L'Associazione dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese terrà la sua 35ª riunione a Bordeaux, dal 27 marzo al 2 aprile 1931, sotto la presidenza del dott. Pactet. Tema di psichiatria: Le psicosi periodiche tardive (dott. Roger Anglade); tema di neurologia: I tumori intra-midollari (dott. Noël Peron); tema di medicina legale psichiatrica: Le false simulazioni delle malattie mentali (prof. Fribourg-Blanc). Per iscriversi e per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale, Dr. R. Anglade, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon, Bordeaux, Francia.

40° Congresso francese di chirurgia.

La Società francese dei chirurgi ha stabilito che il suo 40° Congresso si inaugurerà il 5 ottobre 1931; ne ha designato come presidente Lambert di Lilla e come vice-presidente Pierre Duval di Parigi (questi sarà presidente del successivo Congresso, nel 1932). Ha posto all'ordine del giorno tre temi: 1° Ulcera peptica post-operatoria (Gosset di Parigi e Leriche di Strasburgo); 2° Trattamento chirurgico delle fratture esposte della gamba (Senèque di Parigi e Roux di Montpellier); 3° Peritoniti da pneumococchi (Brichot di Parigi e Nové-Gosserand di Lione). Si è fissato un tema per il 1932: Stato attuale della chirurgia cardiaca (traumatismi eccettuati).

Congresso tedesco di fototerapia.

Si è tenuto a Dresda il 5 settembre. Vi furono fatte 5 relazioni e 28 comunicazioni. Richiamarono sovratutto l'attenzione i seguenti soggetti: l'azione dei raggi ultra-violetti sulle tubercoline (dottori Fischer e Hausmann di Vienna), i raggi infrarossi (dott. Cramer di Berlino), azione biologica della luce in dermatologia, ecc.

9° Congresso messicano di medicina.

È indetto nella città di Guadalajara (Jalisco) dal 30 novembre al 6 dicembre. È ripartito in 16 sezioni, che abbracciano tutti i rami della medicina. Segretario generale del Comitato d'organizzazione è il dott. Leopoldo Escobar, Manuel María Contreras 7, Mexico, Rep. del Messico.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

L'annunciato II Convegno Nazionale, indetto dal Consiglio Direttivo della Lega Italiana per la Lotta contro il Cancro, avrà luogo in Bologna nei giorni 4 e 5 gennaio 1931 nell'Istituto Anatomico della R. Università (Via Irnerio).

Il Comitato ordinatore del Convegno è composto dei professori: Sen. Giacinto Viola, presidente; P. Sfameni, E. Centanni, Vice-Presidenti; A. Beretta, C. Ceni, A. Gasbarrini, L. Martinotti, B. Nigrisoli, D. Ottolenghi, M. Pincherle, V. Putti, G. Tarozzi, P. Caliceti, G. Forni, U. Monari, G. G. Palmieri, consiglieri; A. Dalla Volta, V. Bisceglie, dott. P. Benedetti, Segretari.

L'inaugurazione del Convegno coinciderà con l'inaugurazione del Centro Bolognese per lo studio e la lotta contro il cancro. Inoltre nella seduta inaugurale avrà luogo la commemorazione del compianto sen. prof. B. Pescarolo, tenuta dal prof. B. Morpurgo.

Avranno svolgimento le seguenti relazioni: 1) Le moderne vedute eziologiche sui tumori e loro critica (prof. P. Rondoni); 2) Cancro e Tubercolosi (prof. E. Centanni); 3) Il problema della disposizione costituzionale al cancro (dott. P. Benedetti); 4) Squilibrio oncogeno e chemioterapia istogena nella biologia dei tumori maligni, relazione sopra studi personali (prof. G. Fichera); 5) Le condizioni attuali dei centri diagnostici e curativi per i tumori maligni (prof. P. Gallenga).

Saranno svolte inoltre tutte le Comunicazioni annunciate dagli inscritti al Convegno. Il titolo ed un breve sunto delle Comunicazioni dovranno pervenire alla Segreteria entro il 28 dicembre.

Nei locali del Convegno avrà luogo una Mostra della produzione libraria internazionale sui tumori maligni.

Le inscrizioni si ricevono presso la Segreteria del II Convegno Nazionale, R. Clinica Medica, Policlinico S. Orsola, Bologna (prof. A. Dalla Volta). A questo indirizzo dovrà essere inviata la tassa di inscrizione che ammonta a lire 20 per ogni partecipazione.

Gli inscritti che avranno fatto pervenire alla Segreteria tale importo entro il 22 dicembre p. v., riceveranno, alcuni giorni prima del Convegno, copia del testo delle Relazioni, nonchè il programma delle sedute ed i documenti necessari per fruire delle consuete riduzioni ferroviarie.

A tutti gli inscritti al Convegno sarà inviato a suo tempo il volume degli Atti, che sarà pubblicato a cura del Comitato Ordinatore.

Convegno della Federazione Nazionale delle Istituzioni pro ciechi.

Nella sede dell'Istituto Principe di Napoli al Vomero in Napoli ha avuto luogo il Congresso annuale della Federazione Nazionale delle Istituzioni pro ciechi, al quale hanno partecipato numerosi congressisti, giunti da ogni parte d'Italia. Il comm. D'Alessio, R. Commissario dell'Istituto, ha pronunciato il discorso e quindi il segretario cav. Poggiolini ha svolto la relazione annuale sul lavoro della Federazione, riscuotendo approvazioni unanimi. Si è proceduto, infine, all'elezione del nuovo Consiglio Federale, che è risultato così composto: prof. comm. Romagnoli, capitano; comm. Aurelio Nicolodi; prof.sa Anna Ammanacci; prof. cav. di gr. cr. Francesco Denti; cav. Oreste Poggiolini.

Corso di perfezionamento in igiene a Roma.

Avrà luogo dal 26 gennaio al 28 marzo 1931, nell'Istituto d'Igiene (via Palermo 58) per laureati in medicina e chirurgia, ed eventualmente per laureati in veterinaria, chimica-farmacia, agraria, scienze naturali, ingegneria e diplomati in farmacia. Il corso sarà svolto tenendo conto dei programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario. Modalità consuete. Tasse complessive L. 620. Chiedere l'annunzio. Le iscrizioni si ricevono sino al 10 gennaio.

Scuola di perfezionamento in oculistica a Roma.

La scuola, diretta dal prof. Giuseppe Ovio, ha sede presso la Clinica Oculistica (Policlinico Umberto I). Ha la durata di tre anni. Il termine utile per le iscrizioni è fissato al 15 dicembre. Gli iscritti alla scuola (non più di quindici e non meno di quattro per anno) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica Oculistica e le speciali conferenze ed esercitazioni, che saranno loro destinate. Durante l'anno scolastico gli iscritti, a turno, presteranno servizio, come alunni interni, nei vari reparti dell'Istituto. Il corso è diviso in tre anni. Tasse complessive lire 3225. Per il programma e per informazioni rivolgersi al direttore della Scuola.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Presso questa Scuola si tengono corsi semestrali; l'iscrizione dà diritto però alla frequenza per un solo trimestre; essa può aver luogo al 1° e 15 di

ogni mese, ma non oltre il 1° marzo 1931. Riguardano la medicina generale, la chirurgia generale e la pediatria.

Si tengono anche corsi di durata varia; l'iscrizione non può aver luogo oltre la data di inizio dei corsi stessi. Coprono tutti i campi della medicina.

Potranno frequentare tutti i corsi, salvo determinate eccezioni, i medici e gli studenti dell'ultimo triennio. La tassa di iscrizione per ogni corso è di L. 60 per i medici e di L. 30 per gli studenti. Per i corsi di medicina operatoria e tecnica delle perizie medico-legali è dovuta una sopratassa di L. 40; per quello di anatomia patologica una sopratassa di L. 20.

Ai medici condotti residenti fuori di Roma sarà lecito frequentare i corsi suddetti per un periodo anche minore di quello stabilito, mai però per meno di 30 giorni continuativi. Essi dovranno accompagnare la domanda con un certificato del Sindaco che dichiari la loro qualità di medici condotti in attività di servizio.

Per il programma e per informazioni rivolgersi alla Segreteria, Policlinico Umberto I, Roma. La Segreteria è aperta tutti i giorni dalle 8 alle 12.

L'assistenza sanitaria nell'O. N. B.

Il Sottosegretario di Stato all'Educazione Fisica e Giovanile on. Renato Ricci ha inviato al Capo del Governo una dettagliata relazione sull'attività dell'Opera Balilla nell'anno VIII.

Relativamente all'assistenza sanitaria è stato provveduto all'impianto di ambulatori in molti comitati provinciali e comunali, dove vengono gratuitamente prodigate le cure e distribuite le medicine agli iscritti. Durante l'anno VIII ben 403.250 organizzati hanno fruito del beneficio della visita medica.

Oltre 100.000 Avanguardisti hanno preso parte ai Campeggi estivi, circa 100 Colonie marine, montane ed elioterapiche sono state istituite per i Balilla.

Con il gennaio dell'anno VII l'Opera Balilla istituì per i suoi iscritti una forma di assicurazione contro le lesioni accidentali traumatiche, venendo in soccorso dell'iscritto all'Organizzazione e della di lui famiglia per le conseguenze derivanti da traumatismi, dall'invalidità totale, temporanea o permanente, dalla morte.

A due anni di distanza i benefici di questa meravigliosa provvidenza dell'O. N. B. a favore della gioventù fascista si possono riassumere nella cifra che segue: ben 1.622.484 lire sono state pagate ai 15.954 iscritti infortunati.

Inabilità al servizio militare.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un R. D. che approva il nuovo elenco delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine al servizio militare. Il decreto è preceduto da una relazione in cui si espongono ed illustrano le direttive seguite.

Frodi alle assicurazioni in Germania.

A Berlino è stato intentato un processo contro il chirurgo dott. Federico Fischeder, accusato di aver praticato degli interventi inutili, d'intesa con gli operati, per condividerne le indennità.

Nella stampa medica.

È annunziata la pubblicazione, a partire dal 1° gennaio prossimo, dell'« American Journal of Cancer », che sostituirà il « Journal of Cancer Research » e sarà organo ufficiale dell'« American Society for the Control of Cancer » e dell'« American Association of Cancer Research Workers »; sarà destinato così ai medici come agli studiosi specializzati in oncologia; redattore capo ne sarà il dott. Francis Carter Wood; sarà edito della « Chemical Foundation » (Beaver Street 85, New York City).

* * *

Ha iniziato le pubblicazioni la « Kinderärztliche Praxis », a periodicità mensile; a differenza degli altri noti periodici tedeschi di pediatria (Monatschrift, Jahrbuch e Zeitschrift für Kinderheilkunde) è indirizzato esclusivamente alla pratica. È diretto dai proff. Engel e Nassau: il primo è noto per i suoi studi sulle malattie infantili dell'albero respiratorio, il secondo specialmente per le sue ricerche sullo scorbuto. Il periodico è edito dalla Casa G. Thieme di Lipsia. Il primo fascicolo reca la data di settembre. Auguri.

Onoranze al prof. Antonini.

I funzionari, medici, impiegati e salariati dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano in Mombello, hanno offerto una medaglia d'oro ed un album di firme al loro direttore prof. comm. Giuseppe Antonini, in occasione del suo collocamento a riposo. Alla cerimonia, che spiccò per la sua austerità e per il tono alto di affetto, intervennero il gr. uff. Sileno Fabbri, il comm. Jenner Mataloni, il comm. Reynier, vice-segretario generale dell'Associazione fascista del Pubblico Impiego, e il segretario provinciale della medesima sig. G. M. Ferrario, il comm. dott. Igino Pampana, il comm. prof. Piccinini, medico provinciale, i proff. Besta, Pepere e Medea dell'Università di Milano, tutti i capi ufficio dell'Amministrazione provinciale e tutta una folla di altre notissime personalità.

Dissero elevate e sentite parole il dott. Bassi Alberto per i funzionari e personale tutto dell'Ospedale, il comm. Reynier, il gr. uff. avv. Sileno Fabbri, preside della provincia e il prof. Pepere per l'Univesità di Milano.

A tutti rispose il prof. Antonini, visibilmente commosso per la grande manifestazione di simpatia tributatagli, porgendo il suo saluto.

Un chirurgo artista.

Il prof. Giuseppe De Franchis, chirurgo ginecologo di Lecce, ha ricevuto dei premi elevati per i suoi quadri, presentati all'Esposizione artistica di Firenze ed all'Esposizione internazionale di Nizza.

L'assassinio del prof. Parrozzani.

È stata fatta la più completa luce sul doloroso dramma di Tivoli. L'assassino era stato operato di ernia, dieci anni or sono dal Parrozzani. Egli attribuiva a difettoso intervento una fistola stercoracea residuata ed ha voluto vendicarsi, uccidendo. È un caso che, pur troppo, ricorre con frequenza negli annali della medicina. Il Parrozzani è dunque caduto vittima della professione.

Ciarlatano condannato in Germania.

Il Tribunale di Berlino ha condannato certo Giuseppe Weissenberg, taumaturgo della « Chiesa apocalittica », a 6 mesi di carcere, per aver prodotto l'accecamento di una bambina, curata con applicazioni di formaggio salato sugli occhi.

La Libreria Bocca di Roma.

Ha trovato una nuova sistemazione, degna della sua importanza e delle sue tradizioni, in vasti locali siti a piazza di Spagna, la quale ha il vanto di essere la più bella piazza della capitale.

Com'è risaputo, la libreria Bocca (L. I. R.) è ottimamente attrezzata per il rifornimento di pubblicazioni mediche. In particolare, essa è sempre provvista delle ultime novità librarie italiane e straniere. Non risparmia alcuna indagine ed alcuno sforzo per sodisfare i clienti. È perciò che essa conta, nella sua clientela, i medici più reputati e più colti d'Italia, nonchè Enti ed Istituzioni scientifiche in grandissimo numero. Con personale tecnico, sotto l'impulso del comm. Calabi e l'oculata direzione del sig. Colasanti, ha perfezionato sempre più la sua organizzazione ed è in grado di espletare, immediatamente e bene, qualsiasi commissione per periodici di medicina e Riviste di ogni specie, tanto italiane quanto straniere. Si può rivolgere a questa Casa qualsiasi ordine, modesto o importante, sicuri di essere provvisti con rapidità e scrupolosità.

Bologna. R. Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria. — A tutto il 30 novembre sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1930-31 ai corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

A 73 anni è morto EMILE GLEY, professore di biologia generale al « Collège de France », uno dei più grandi fisiologi della nostra epoca. Fu allievo di Marey e di Richet, cui rimase sempre grato e di cui contribuì efficacemente a far riconoscere l'opera e il valore. Tra i lavori di Gley vanno segnalate le ricerche sulla funzione antitossica del fegato, sul compito della tiroide, delle paratiroidi e delle surrenali, sul funzionamento del cuore, ecc. Era di un'eloquenza viva, chiara e precisa. Era stato presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi.

A. P.

Il dott. PAUL BUSQUET, scomparso improvvisamente a 65 anni, appartenne al corpo sanitario militare francese, che vanta così alte tradizioni nel campo scientifico.

A lui si deve l'introduzione dell'autosieroterapia, che è venuta assumendo uno sviluppo notevolissimo. Ha pubblicato pregevoli lavori sulla tifoide e trattati di semeiologia e di istologia elementare. Dopo il congedo dal servizio attivo, fu nominato bibliotecario dell'Accademia Medica di Parigi e in questa nuova carica dette ulteriori prove della sua attività e solerzia, iniziando la pubblicazione di varie opere sulla storia della medicina, tra cui gli « Aforismi di Corvisart » e le « Biografie mediche ».

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 1 Dicembre 1930 Num. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile Provinciale S. Carlo - Potenza.

Direttore: dott. Orazio Gavioli.

Il citrato di sodio nella pratica chirurgica. Anticoagulante - Emostatico

per il dott. Atella Mario, assistente.

Nel 1921 due clinici americani, il Neuhof e l'Hirchfeld, studiando l'influenza del citrato di sodio nella trasfusione del sangue, notarono che se introducevano nelle vene di un individuo dosi non tossiche di citrato trisodico, la coagulazione del sangue già dopo pochi minuti si presentava aumentata, e ritornava al normale gradatamente in capo a due, tre giorni; inoltre videro che le emorragie venivano ridotte e cessavano prontamente se per caso fossero stati lesi dei vasi. Durante il tempo della coagulazione, la tinta del sangue venoso si modificava e ritornava simile a quella del sangue arterioso; ciò era stato intravisto da altri autori a proposito della trasfusione: gli strati superiori del sangue assorbono ossigeno dall'aria.

Non poterono fissare la dose tossica letale, ma videro che il pericolo di morte aumentava o diminuiva con la maggiore o minore rapidità del tempo d'iniezione, perchè essi introducevano il farmaco per via endovenosa.

Il Weil, iniettando 5 gr. di citrato trisodico in soluzione del 20 % nelle vene di adulto, trovò il tempo di coagulazione ridotto alla metà e dimostrò sperimentalmente l'innocuità di esso.

Ottemberg osservò che il tempo di coagulazione si raccorciava nei primi momenti dopo iniezioni di 0,60 gr. di citrato di sodio in casi di emofiliaci, ma che dopo 48 ore, il tempo di coagulazione oltre che ad essere tornato al normale, erasi allungato.

Spiegava questo fenomeno come dovuto ad una reazione dell'organismo di fronte al citrato.

Willy Meger e poi N. A. Stell, che curavano fatti trombotici con citrato di sodio, notarono che coll'arrestarsi della trombosi, coincideva

un aumento notevole della coagulazione, una diminuzione della viscosità.

Dopo questi risultati, Hofmeister e Neubeuer iniettarono sistematicamente delle soluzioni concentrate di citrato trisodico prima delle operazioni nelle quali avevano a temere di essere disturbati dalla abbondanza delle emorragie, e i risultati furono soddisfacenti.

Brouwn e Kinsella, praticando iniezioni di citrato trisodico in dosi di un grammo, in caso di bronco-polmonite influenzale con emorragia, constatarono notevoli effetti nel raccorciamento del tempo di coagulazione del sangue.

Il fenomeno è intravisto ancora da Hédon Montpellier; egli nota che nel cane dissanguato di 250 cmc. di sangue, reiniettando il medesimo sangue, addizionato a soluzioni di citrato trisodico al 0,25 %, trova il tempo di coagulazione ridotto da dieci a sette minuti; di ciò non si sa spiegare il meccanismo d'azione; pare però: nel fenomeno debbano agire e la quantità di citrato usato, e la quantità di sangue trasfuso, e una reazione di difesa dell'organismo provocata dal citrato; o di un aumento di coagulabilità del sangue restante nei vasi dopo l'emorragia che si comunicherebbe a tutta la massa sanguigna dopo la trasfusione.

In Francia, Renaud e Juge, nel caso di iniezioni endovenose di citrato trisodico, di 10 a 30 cmc. della soluzione al 30 %, videro arrestare in 25 casi di cancro e in 3 casi di tubercolosi cavitarie, emorragie imponenti, e l'azione emostatica durò nelle ore che seguirono alla iniezione. Questo effetto fu specialmente notato tra i tubercolosi di età avanzata e molto cachettizzati. Dati i loro brillanti risultati indicarono il citrato trisodico, iniettato nell'organismo, ad alte dosi, come il rimedio più efficace e più sicuro contro le emorragie.

Essi si servirono ancora in casi di emorroidi sanguinanti, fibromi e sempre con lo stesso successo; notarono poi che l'azione era duratura: perchè malati che presentavano perdita continua di sangue, con emorragie intercorrenti e in cui le emorragie si arrestarono poche ore dopo l'iniezione, non ebbero a soffrire più di tale disturbo per almeno 5 o 6 mesi. Non riscontrarono mai diminuzione della pressione arteriosa nè alcuna vaso-costrizione periferica, se si eccettuarono leggeri scatti di tensione che si producevano durante l'iniezione per l'irrompere improvviso nel torrente circolatorio di un elemento estraneo che evidentemente veniva a turbare l'equilibrio sanguigno.

Il Renaud ritiene che il citrato agisce meglio nelle emorragie a nappo dei tessuti infiammati e nelle piaghe perchè esse provengono da ulcerazioni locali, poichè il citrato attenua l'eccitabilità dei rametti nervosi neutralizzando i prodotti irritanti di origine bacterica o tossica.

Gli autori francesi non credono che il citrato di sodio influisca sulla crasi sanguigna perchè non notarono mai alcuna modificazione della morfologia del sangue, nè delle proprietà chimico-fisiche del plasma. Essi citarono alcuni casi: un malato affetto da cancro anorettale con perdita continua per mesi di sangue dall'ano; un altro affetto da cancro del faringe che dava sangue ogni volta che gli si facevano le irrigazioni per il lavaggio.

Essi consigliano, per un risultato immediato, l'introduzione per via endovenosa di soluzioni concentrate di citrato di sodio.

Il Rosenthal ed il Baehr trovarono che il citrato trisodico mentre in vitro impedisce la coagulazione del sangue, l'accelera in vivo, se si inietta nelle vene in dose sufficiente. Questi AA. ne hanno fatto uso sia a scopo preventivo che a scopo curativo per evitare perdite di sangue troppo abbondanti nei casi di operazioni ove erano a temersi forti emorragie.

Così poterono arrestare emorragie secondarie sopravvenute durante le operazioni più diverse: ulcera gastrica, tubercolosi polmonare, febbre tifoidea, emorragie centrali, emorragie consecutive a tonsillotomia, o a estirpazioni dentarie. Ritengono che l'accelerazione della coagulazione è dovuta all'azione del citrato sulle piastrine e che senza distruggerle direttamente, le altererebbe semplicemente, spingendole a depositarsi nella milza ed in altri organi, dove verrebbero distrutte; la loro sostanza tromboplastica — citozima — sarebbe gradualmente messa in libertà nella circolazione. Ad appoggio della loro teoria essi apportano i seguenti fatti riscontrati: *in vitro* il citrato di sodio non distrugge nè altera le piastrine stesse, in vivo dopo l'iniezione il numero delle piastrine in circolo comincerebbe a diminuire, raggiungendo d'ordinario la cifra minima dopo circa 10 o 15 minuti primi e il ritorno al normale dopo 30'-60'. Quantità crescenti di citozima derivano verosimilmente dalle piastrine ed incominciano ad apparire nel sangue al momento in cui si nota il raccorciamento del tempo di coagulazione.

La produzione del citozima, la riduzione del tempo di coagulazione si verificano consecutivamente alla diminuzione del numero delle piastrine.

L'azione del citrato non si manifesta nei soggetti in cui il sangue è povero di piastrine,

anzi la coagulabilità ne sarebbe prolungata negli individui affetti da emofilia, porpora emorragica, ecc. (?).

Anche il Weil P. E. è d'accordo che il citrato di sodio non provochi alcuna diminuzione del tempo di coagulazione negli emofiliaci.

Il Tarsitano invece crede di spiegare il meccanismo del citrato per uno choc classico, riportandolo a quello da peptone sostenuto dal Kopaczweski e dalla scuola di questi.

Anche Renaud e Juge sono d'accordo su questa spiegazione e quindi il Tarsitano trae come conseguenza che anche altri sali iniettati per via endovenosa, riproducendo la stessa sindrome di choc, dovrebbero agire da emostatici.

Il Normet pensa che l'azione emostatica del citrato di sodio avvenga con lo stesso meccanismo dello choc, cioè essa è dovuta alla vasocostrizione provocata dagli ioni-sodio e l'azione diviene duratura solo se si raggiunge una dose sufficiente per delle iniezioni ripetute. Inoltre sembra possibile che alla fase sodio possa succedere una fase calcio, per le proprietà chimiche che avrebbero i citrati alcalini di sciogliere i fosfati calcici insolubili e di cui il nostro organismo ne è ricco.

Allo scopo di controllare l'azione emostatica del citrato di sodio e il suo meccanismo, ho ripetuto e continuati sotto la direzione dell'illustre prof. Ricciuti alcuni esperimenti praticati sui conigli, iniziati in questo senso qualche anno addietro, traendone le seguenti conclusioni, che molteplici sono state, per i vari problemi propostomi.

Il citrato di sodio oltre ad essere un anticoagulante è un emostatico se però usato in determinate proporzioni. La sua azione emostatica si manifesta in seguito a introduzione nell'organismo animale di soluzioni concentrate, di cui le migliori sono quelle del 25 e 30 %; questa azione è generale più che locale, è la più efficace ed è evidentissima specialmente negli esperimenti in vivo; la migliore via di introduzione nella pratica è la via endovenosa.

Il citrato di sodio in dose del 10-15-20 % è anticoagulante sia in vivo che in vitro, al 30 % lo è soltanto *in vitro*.

Il sale agisce come emostatico, aumentando la coagulabilità del sangue e si dimostra in ispecie negli organi ove non vi sono vasi sanguigni con tuniche muscolari; là dove invece si trovano vasi con tunica muscolare il sale agisce ancora producendo in un secondo tempo una leggera vaso-costrizione. Non esercita alcuna influenza sui centri nervosi, nè sui nervi che presiedono al gioco dei vasi; la sua azione deve attribuirsi esclusivamente allo choc emoclasico del sale; è manifesto infatti negli animali da esperimento lo squilibrio osmico e fisico-chimico della crasi sanguigna a seguito dell'iniezione.

L'azione emostatica del sale, per un aumento della coagulabilità del sangue, si ottiene specialmente in quei casi in cui si sia apportato un trauma qualsiasi nell'organismo, sia occasionale, sia chirurgico, ancora maggiormente in quei casi in cui questo trauma è stato violento, quasi come ci fosse una certa corrispondenza tra lo choc imposto all'organismo dal trauma e lo choc emoclasico apportato dalle dosi concentrate di citrato di sodio. Infatti soluzioni del 25 e 30 % in un organismo che sia stato sottoposto a un trauma oltre a rafforzare il potere di coagulazione in vivo, lo rafforza ancora *in vitro*, quando già precedentemente al trauma il potere di coagulazione del sangue si dimostrava diminuito.

L'azione del citrato in vivo è continua e tanto maggiormente a trauma persistente dell'organismo; *in vitro* è passeggera con quelle soluzioni con cui si manifesta persistente se precedentemente alla iniezione del citrato fu apportato all'organismo un qualsiasi trauma.

Il citrato di sodio (in qualunque dose) stimola gli organi ematopoietici, come fu controllato, specialmente nei conigli che avevano subìto un forte dissanguamento e su quegli individui che avevano avuto abbondanti emorragie; esso inoltre, in grandi dosi, stimola efficacemente la fibra muscolare, cosicchè non è da escludersi il fattore vaso-costrittore. La quantità di soluzione del sale deve essere iniettata lentamente altrimenti produce avvelenamento. La durata d'iniezione per l'uomo può calcolarsi intorno ai 15'. La dose da iniettare nell'uomo riportandola alle dosi usate per conigli deve essere di 25-30 ctgr. per kg., e cioè di 20-30 cmc. di soluzione al 30 % e di 25-35 cmc. di soluzione al 25 %. L'azione del citrato differisce da quella della gelatina o del siero di cavallo perchè più pronta, più duratura, più efficace. Accoppiato all'una o all'altra di queste due sostanze l'azione è nulla. L'uso del citrato di sodio viene controindicato nell'emofilia.

I clinici Americani e Francesi lo consigliano nei seguenti casi:

Emorragie interne. — Ematemesi, rottura di fegato, emottisi, emotorace traumatico, emorragie centrali (?).

Emorragie esterne. — Ferite lacero-contuse, emorragie del retto, post-operatorie del retto, della prostata, della cistifellea (?).

Emorragie intraoperatorie. — Durante le operazioni sul capo o sull'addome e inoltre nelle perdite continuate sanguigne dei cancerosi ecc.

Nei traumi interni. — Nell'uso ginecologico in questi ultimi tempi si sono avuti molti casi citati da vari clinici stranieri.

Casistica.

Caso I. — A. Roberto, di anni 27, da Viterbo, manovale ferroviario, padre e madre viventi, sani. Ha cinque fratelli e due sorelle che godono ottima salute. Da bambino è stato affetto da febbre tifoidea. È modico bevitore e fumatore. Nega ogni affezione venerea e lues. Viene portato in Ospedale quasi in istato di semi-incoscienza. I compagni che l'hanno portato raccontano che era di servizio allo scarico merci quando nel salire su un vagone, perduto l'equilibrio si trovò con la gamba destra tra i respingenti di due vagoni. Presenta vasta ferita lacero-contusa alla gamba destra con pestamento dei tessuti molli e frattura comminuta delle ossa. Viene fatta la toletta chirurgica dell'arto e legati in sito i vasi maggiori. Nella serata si presenta una forte emorragia a nappo, irrefrenabile a ogni mezzo emostatico; zimema, siero di cavallo, compressione. Infine si pratica un'iniezione di 30 cc. di soluzione di citrato di sodio al 30 %; sterile, dopo un'ora l'emorragia comincia a cessare e scompare dopo altri pochi minuti.

Nel prosieguo delle medicature non si presenta più alcun'altra emorragia.

Caso II. — V. Vitantonio, anni 32, da Avigliano, contadino; padre e madre viventi, sani, ammogliato, con figli 5: tre maschi e due femmine, tutti in ottime condizioni di salute. Non vi è stata nella sua famiglia alcuna malattia di grande entità. Egli non è stato mai ammalato e ha goduto sempre ottima salute. Bevitore e modico fumatore. Nega la lue e le altre malattie veneree.

Nel pomeriggio della domenica, di cui alla sera viene condotto in ospedale, l'a. durante una partita a carte, venuto a collutazione con un suo compagno, riportò all'addome una lunga e larga ferita da taglio all'ipocondrio destro, che gli procura una vasta sezione del fegato ed una imponente emorragia. Appena in ospedale, e cioè appena qualche ora dopo l'incidente, gli vengono somministrati 30 cmc. di soluzione di citrato di sodio al 30 %. L'emorragia cessa quasi subito; si opera d'urgenza e l'atto operativo non viene in alcun modo disturbato dall'emorragia delle ferite, o del fegato per cui si può procedere alla sutura della glissionana in un campo libero da emorragie e quindi con molta celerità.

Nel corso della guarigione non si ha più alcuna emorragia e nemmeno passaggio di sangue per la cistifellea, non vi fu mai nel vomito, nè presenza di sangue nelle feci. Guarisce bene e viene dimesso dall'Ospedale senza avere avuto più un accenno ad emorragia.

Caso III. — B. Anna Rosa, anni 36, da Tolve, casalinga, maritata. Non ha avuto mai figli, nega lue, altre malattie, ha sofferto di tifo prima di prendere marito. Due anni addietro soffrì bronco-polmonite, un anno fa ancora di bronchite. Da allora è stata sempre male e sempre più dimagrita, ha perduto l'appetito ed è andata soggetta a lievi elevamenti subfebbrili, quotidiani, e nelle ore pomeridiane. Circa due mesi addietro, e precisamente nell'aprile-maggio corrente anno, dopo una diagnosi di affezione specifica polmonare fatta da altro sanitario è andata soggetta ad abbondanti emottisi che si sono presentate fortissime e imponenti specialmente nell'imminenza dei periodi mestruali.

L'esame clinico fa notare uno stato generale molto defedato, tessuti denutriti, pallore intenso della pelle, e delle mucose, apparato linfo-ghiandolare fortemente risentito. L'esame fisico dei polmoni riesce positivo per la presenza di grossa caverna, di natura specifica, nella zona sottoapicale destra. L'indagine radiologica dà i seguenti risultati: Espansibilità polmonare annullata. Presenza a destra di una caverna grossa quanto un soldo nuovo conio; alla regione sottoapicale, infiltrazione verso le regioni ilari, e alla base del polmone destro.

All'apice e alla regione sottoapicale sinistra ancora altra infiltrazione a tipo essudativo. Calcificazione di qualche ghiandola ilare sinistra; fatti adesivi pleurici e pleuro-diaframmatici; ipofunzionalità e asincronia delle escursioni diaframmatiche.

Prescritte le cure necessarie; per frenare le periodiche perdite di sangue, pratico una prima iniezione di 30 cc. di soluzione di citrato di sodio al 30 %. Dopo qualche giorno si ha ancora una piccola perdita di sangue. A distanza di cinque giorni viene fatta una seconda iniezione e dopo altri sette giorni una terza.

Sono già due mesi e le emorragie non si sono più presentate; l'ammalata di ciò è contenta e continua la sua cura (!). A questo proposito mi ha riferito che, oltre tutto, dopo ogni iniezione si è sentita anche meglio nel suo stato generale.

RIASSUNTO.

L'A. ricorda che il citrato di sodio, finora sempre ritenuto come un sale anticoagulante, se usato in alte dosi e in forte concentrazione è un ottimo emostatico.

Dopo aver citato i lavori di altri AA. su tale argomento, spiega il meccanismo d'azione emostatica del citrato come dovuto esclusivamente ad un choc emoclasico ed in determinate circostanze.

Tale conclusione egli la trae dalle numerose esperienze eseguite anni addietro sui conigli.

Enumera tutti i casi di emorragie irrefrenabili in cui il citrato può essere efficace; riferisce tre casi nei quali dopo iniezione di grande quantità di soluzione concentrata di citrato di sodio, si è avuto l'arresto immediato e definitivo di imponenti e periodiche emorragie.

Indica infine la concentrazione della soluzione da iniettare e la tecnica da usare.

BIBLIOGRAFIA.

1. Hédon. Arch. Médic. Exper. et d'Anat. Path., vol. 14, pag. 237, 1902.
2. Id. La Presse Médicale, luglio 1917, n. 40.
3. Id. Ibid., febbraio 1918, n. 7.

4. JUGE et M. RENAUD. Association Française pour l'étude du cancer.
5. LEONE. Riforma Medica, n. 4, 5 aprile 1922.
6. LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo*, 1911.
7. NEUHOF e HIRCHFELD. New York Medical Journal, 15 gennaio 1922.
8. ID., ID. Annals of Surgery, luglio 1922.
9. NORMET. Bulletins de l'Ac. de Médecine, 17 dicembre 1923.
10. ID. Académie de médecine da Paris, 2 dicembre 1924.
11. NORMET L. La Presse Médicale, n. 3, gennaio 1925, pag. 37.
12. OTTEMBERG R. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., New York, 13, 104, 1916.
13. RAMOND. Progrès Médical, 14 settembre 1922.
14. RENAUD M. Société de Biologie, maggio 1924.
15. ROSENTHAL e BAHER G. Arch. of Inter. Médic., Chicago, vol. 23, n. 5, 5 maggio 1924.
16. SAMMARTINO UGO. Archiv. di Farmacologia, vol. 17, anno 15, fasc. 1, n. 2221.
17. STANZANI MARIO. Minerva Medica, settembre 1917, n. 16, 6 agosto 1924.
18. TARSITANO. Riforma Medica, n. 34, pag. 100, 1924.
19. WEIL R. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 30 gennaio 1915.
20. WEIL P. E. Journal Médical Français, vol. XI, n. 19, 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo allo studio della meningite sierosa

per il dott. RAFFAELE GANDOLFI.

La meningite sierosa è una malattia ormai ben definita, massime dopo le descrizioni cliniche datanti dalle classiche ricerche di Quincke, alcune corredate dall'esame anatomopatologico completo che ne tratteggia il decorso e la sintomatologia.

Senonchè esistono a volte forme fruste, a sintomatologia oscura, facili a essere confuse con altre lesioni dell'encefalo o dei suoi involucri, e che lasciano l'esaminatore assai dubbioso sulla vera natura della malattia e lo fanno deviare dalla giusta diagnosi.

Ecco la necessità pertanto che i casi a decorso atipico vengano pubblicati onde servire a una miglior conoscenza della forma morbosa e del suo modo di sviluppo. È per questa ragione che non si riterrà oziosa la pubblicazione della seguente nota.

STORIA CLINICA. — Macc. Fiorina, di anni 10, di Castel d'Argile (Bologna).

Il padre della bambina è morto a 45 anni per apoplessia cerebrale. La madre è viva e sta bene. Due fratelli della paziente godono ottima salute mentre una sorella di anni 34 fu affetta da 15 anni fa da una meningite cerebro-spinale della quale residuano quali postumi, paresi ed atrofia leggera degli arti superiori ed una paraplegia con forte atrofia muscolare e contratture in flessione.

La nostra paziente nata da parto eutocico ebbe allattamento materno. Non ha sofferto in passato di malattie degne di nota.

La presente malattia iniziò ai primi di novembre del 1920 con perdita della vivacità, scarso appetito, cefalea a tipo prevalentemente frontale. A questo stato di cose si aggiunsero dopo qualche giorno, conati di vomito, seguiti da vomiti alimentari a circa 6 ore dai pasti. Il vomito a carattere periodico si presentava specialmente di notte, preceduto a volte da forte agitazione ed accompagnato da lenti movimenti di sollevamento ed abbassamento degli arti superiori ed inferiori.

La coscienza durante questi attacchi era conservata; non vi erano perdite di urine e di feci. La temperatura, a detta dei parenti, rimaneva normale.

Tale stato di cose durò fino alla fine del dicembre 1920 nella qual epoca la malata ebbe un attacco convulsivo caratterizzato da rotazione in alto dei bulbi oculari, digrignamento dei denti e caduta a terra.

D'allora l'andatura si fece traballante ed il corpo piegava verso sinistra. Vista ed udito pare siano stati sempre normali.

In tali condizioni i parenti ricoverarono la malata nella Clinica Pediatrica di Bologna diretta allora dal compianto prof. Francioni.

Al momento dell'ingresso in Clinica la bambina presentava buone condizioni di sviluppo, psiche torpida, stato apatico, sguardo smarrito. Temperatura 36°.9.

Il capo è brachicefalo, di altezza notevole: lo sviluppo della regione frontale è deficiente, l'occipitale sfuggente Timpanismo cranico esagerato con suono di pentola fessa bilateralmente in corrispondenza della sutura coronaria. I globi oculari divergono in basso all'esterno, i movimenti di lateralità sono incompleti verso destra. La rotazione in alto è abolita. A volte hippus e nistagmo orizzontale. I riflessi pupillari, corneale e congiuntivale sono torpidi. Il visus è molto diminuito. La sensibilità della zona di innervazione del V paio sia di destra che di sinistra è attutita. Si notano accenni di trisma.

La fronte è spianata ed i solchi naso-genieni poco evidenti. Il velopendolo è poco mobile, l'ugola e la lingua deviano a sinistra.

L'odorato è attutito, la deglutizione presente, il gusto per il dolce conservato.

Il respiro è lento, sospiroso intercalato da pause.

Il polso è ritmico, uguale della frequenza di 90 battute al m'.

Colla manovra del Dagnini la frequenza scende a 70 battute con turbe vaso-motorie al capo. Patellari vivaci bilateralmente.

Non clono della rotula o del piede, Babinski a volte presente. Vivaci i riflessi tendinei degli arti superiori, torpidi gli addominali ed il plantare superficiale.

I movimenti attivi sono possibili, ma la forza è molto diminuita.

Non si notano ipertonie e contratture.

La bambina presenta tratto a tratto dei movimenti atetosici specialmente a carico degli arti superiori. Le sensibilità tattile, termica, dolorifica sono lievemente diminuite. Esatto è il senso muscolare.

La stazione eretta è impossibile.

Semeioticamente non si riscontra nulla di anormale a carico dell'apparato circolatorio e di quello respiratario.

Normale l'esame delle orine.

Esame oftalmoscopico. Visus fortemente diminuito. Edema papillo-retinico-bilaterale.

La puntura lombare dà fuoriuscita di liquido sotto forte pressione.

Non presenza del reticolo del Mya.

Albumina 0,33 per mille. Sedimento normale.

Decorso: Durante il periodo di degenza che va dal gennaio 1921 all'ottobre 1921 la paziente ha presentato intermittentemente elevazioni termiche che però non hanno mai oltrepassato i 38°. Mai vomito e solo raramente ha accusato cefalea alla regione temporo-parietale di destra.

Nei primi mesi la psiche è stata torpida, spesso completamente assente, il sensorio ottuso, l'appetito debole. Progressivamente questi fatti scomparvero tanto che all'uscita dalla Clinica la bambina era lucida, euforica ed in buono stato di nutrizione. La deambulazione, impossibile nei primi mesi, migliorò lentamente tanto che alla fine della degenza la bambina camminava senza fatica.

Durante il febbraio presentò una ventina circa di accessi convulsivi di breve durata, a carattere tonico con irrigidimento di tutto il corpo. Durante gli accessi la coscienza era conservata, non v'era perdita di urine e di feci. Solo dopo di essi l'ottundimento della psiche si rendeva più manifesto.

Verso la fine di marzo cominciò ad avere delle allucinazioni visive.

La bambina diceva di vedere la stanza riempirsi di donne vestite di bianco con fasci di erbe in mano. Il contenuto delle allucinazioni fu sempre il medesimo. Comparivano sia di giorno che di notte e non turbavano affatto la paziente che durante di esse rimaneva perfettamente cosciente e rispondeva a tono alle domande rivoltele.

Le allucinazioni visive che la bambina presentava quasi tutti i giorni diminuirono di frequenza, ma non erano scomparse quando l'inferma lasciò la Clinica.

In marzo ed aprile fu notato frequentemente un tremore degli arti superiori a scosse piccole e frequenti che non era influenzato dai movimenti volontari.

Costante è sempre stato alla percussione del cranio il rumore di pentola fessa. Questo timpanismo cranico diminuiva sensibilmente in seguito alla estrazione colla puntura lombare del liquido cefalo-rachidiano: ma si rendeva di nuovo e rapidamente evidente.

I globi oculari presentavano un lieve esoftalmo e un certo grado di strabismo divergente.

Difficili i movimenti di lateralità; impossibile quello di rotazione in alto. Nel movimento di convergenza si nota paresi del retto interno di sinistra e prevalenza di funzione del retto interno di destra.

Il nistagmo orizzontale è sempre stato assai spiccato. Quasi costantemente le pupille si sono mantenute più o meno midriatiche, uguali per ampiezza, con reazione alla luce a volte debole a volte assente.

Qualche volta si è notato hippus.

Il riflesso palpebrale è sempre stato normale. Il visus è andato lentamente scomparendo, l'udito sempre buono bilateralmente.

La lingua e l'ugola hanno sempre deviato più o meno manifestamente a sinistra. La deglutizione è sempre avvenuta regolarmente.

Il respiro è stato lento, sospiroso, profondo intercalato da pause con respirazione superficiale.

Costante e spiccato il riflesso oculo-motore del Dagnini.

I riflessi degli arti superiori sono stati sempre vivaci bilateralmente. Quelli patellari a volte vivaci (specialmente il destro) a volte torpido il sinistro e vivace quello di destra. Achillei sempre presenti.

Non clono della rotula o del piede.

Babinski con fenomeno del ventaglio costante a sinistra, qualche volta provocabile anche a destra. Sempre vivacissimi gli addominali cutanei, pronti i vasomotori, spiccato e persistente il dermografismo.

Qualche volta presente ma poco evidente il Kernig. Nei primi mesi di degenza si sono riscontrati dei movimenti stereotipati a tipo atetosico a carico degli arti superiori.

L'ipertonia nucale sia quella a carico degli arti superiori e inferiori scomparve verso la fine della degenza.

Nei primi mesi la bambina ha perduti feci ed urine. Se si eccettua un attutimento della sensibilità dolorifica, tutte le altre si sono mantenute integre. Esatto il senso della localizzazione.

Esame oftalmoscopico: Le papille dei nervi ottici sono gradatamente passate da grigio rossastre ed a margini indistinti al colore bianco con margini quasi netti, non rilevati, atrofiche.

Le arterie sono diventate sottilissime mentre i vasi venosi dapprima turgidi e tortuosi, in un ultimo esame si riscontrarono normali.

Diagnosi: Atrofia bianca completa delle papille con abolizione della visione.

Liquido cefalo-rachidiano: Perfettamente limpido con pressione di 42 mm. di Hg. che scende a 10 mm. dopo l'estrazione di circa 10 cmc. di liquido. Non reticolo, albumina 0,33 per mille.

Nonne-Apelt: leggera opalescenza a pochi minuti dall'unione dei due liquidi.

Wassermann negativa sia nel sangue che nel liquido cefalo-rachidiano.

Esame radiografico: Aumento delle impressioni digitate, deiscenza delle suture, assottigliamento dei tavolati ossei. Sella turgica svasata a contorni non più visibili. Frattura del suo pavimento nell'interno dei seni sfenoidali.

Esame del sangue pressochè normale.

Tracce di albumina, acetone ed indacano nelle urine. Cutireazione sempre negativa, intradermoreazione negativa.

Appena dimessa dall'Ospedale la paziente fu colta da febbre tifoide che aggravò sensibilmente le condizioni generali e tutta la sintomatologia già descritta.

Come fatti nuovi si sono avuti: una spiccata ecolalia durata circa due mesi ed un aumento della ipertonia tale da assumere un vero stato di contrattura che rendeva faticosi i movimenti sia passivi che attivi.

Dalla fine del 1921 ricominciò un graduale e progressivo miglioramento delle condizioni dell'inferma tanto che essa oggi, ricoverata in un Istituto di ciechi, si presenta con sviluppo normale, deambulazione facile, intelligenza discreta, parola spedita.

Quali postumi presenta: Abolizione completa della visione, cefalee intermittenti, lieve esoftalmo, nistagmo orizzontale, pupille midriatiche ma uguali con assenza della reazione alla luce.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

Mi è sembrato interessante riportare il presente caso, che bene si presta ad alcune considerazioni di ordine clinico-pratico.

Riassumendo brevemente la lunga e dettagliata storia clinica che l'ammalata ha presentato, risulta che la paziente, senza causa particolare, è stata colpita in primo tempo da malessere, anoressia, cefalea a tipo prevalentemente frontale, vomito, lievi attacchi convulsivanti senza un punto di speciale riferimento. Fatti questi che uniti allo speciale reperto dell'esame del fondo dell'occhio e al risultato della puntura lombare stanno ad indicare un aumento di pressione del liquido intracranico.

In prosieguo di tempo si costituì rapida amaurosi con atrofia bianca della papilla, perdita di forze agli arti inferiori, tremore agli arti superiori, ipertonia nucale, allucinazioni visive, Babinski e Kernig transitorio, lievi stati paretici a carico del retto interno di sinistra, e dei muscoli della lingua, midriasi e rigidità pupillare, nistagmo orizzontale.

In un terzo periodo invece regressione dei sintomi elencati, miglioramento delle condidizioni generali, tranne che per la vista, tanto che la bambina ha dovuto essere ricoverata in un Istituto dei ciechi.

Come si vede quadro clinico vario, ma caratterizzato sopratutto da sintomi che sempre hanno indicato lesione del sistema nervoso, più di indole generale che locale, tanto è vero che mai abbiamo avuto netta sintomatologia di localizzazione eccettuati i fatti a carico dei muscoli dell'occhio e della lingua, che come vedremo anche questi rientrano nel quadro generale dell'ipertensione endocranica.

Il lungo decorso della malattia ha grandemente facilitato il cómpito diagnostico e la malattia è stata ben individualizzata nelle sue manifestazioni cliniche.

Francamente però all'inizio la diagnosi è stata assai ardua e fu ammessa in via di probabilità, dopo aver eliminato le varie cause di errore.

Dirò subito che di fronte ad una bambina che si presenta all'esame clinico con segni di aumentata pressione intracranica il primo pensiero che sorge alla mente del medico è che si tratti di una meningite basilare, massime se la piccola paziente ha presentato lievi *poussées* febbrili. Nel caso nostro tale possibilità fu tenuta nella massima considerazione, ma fu dovuta scartare di fronte al reperto costantemente negativo del liquor, alla cutireazione negativa, all'esame del fondo dell'occhio. Scartata questa ipotesi, e non potendosi nel caso in istudio pensare di essere di fronte ad una forma funzionale nevrotica o tossica, o luetica, si pensò che la sindrome presentata dalla paziente poteva farsi risalire a un tumore o a qualche altra malattia che col tumore avesse sintomatologia similare (cisti da echinococco, cisticercosi, tubercolo solitario).

La negatività dell'intradermoreazione, la mancanza dell'eosinofilia ci fecero allontanare dalle due prime ipotesi; la terza non fu presa in considerazione per mancanza di fatti specifici sia famigliari che personali, per la negatività della cutireazione, per il precoce stabilirsi di una grave atrofia bilaterale del nervo ottico, fatto che nel tubercolo generalmente manca.

Due diagnosi rimanevano pertanto in seria discussione: il tumore cerebrale e la meningite sierosa.

E invero il dubbio che si affacciò per il primo alla nostra mente fu che la paziente fosse affetta da *tumor cerebri*. Stavano infatti per questa forma morbosa il dolore a tipo prevalentemente frontale, i disturbi a carico della vista, il vomito.

Anzi alcuni dei sintomi che la bambina presentava quando entrò in Clinica (attacchi di vertigine, atassia, ipotonia e debolezza muscolare, posizione coatta del capo verso sinistra) potevano far persino pensare ad una localizzazione cerebellare di questa supposta neoplasia.

Se consideriamo però più attentamente i principali sintomi offerti nel decorso della malattia dalla nostra paziente, vediamo che anche la diagnosi di tumore del cervello non è tale da attirare i pieni nostri suffragi.

Intanto l'insorgenza della malattia, è stata nella nostra paziente abbastanza rapida, mentre invece nel tumore cerebrale essa è quasi sempre assai lenta.

Il periodo tra l'apparire della cefalea e il vomito è sempre assai lungo. Inoltre le intermittenti elevazioni termiche stanno più in favore di una meningite sierosa, che non per una formazione neoplastica, per quanto il fenomeno febbre non possa esser disgiunto dalla causa tumore. Su un fatto però mi piace attirare qui l'attenzione ed è sulle remissioni nelle cefalee, sul miglioramento dei sintomi che si avevano nel nostro caso, in seguito alla ra-

chicentesi, al contrario di ciò che siamo soliti vedere nel tumore cerebrale in cui si ha un peggioramento dei sintomi (Frugoni).

Inoltre l'atrofia del nervo ottico si istituì con una singolare rapidità, fatto ben raro nei tumori del cervello in cui la papilla da stasi resta invariata per molto tempo.

Del resto anche l'aumento del capo che la bambina ha presentato in relazione all'idrope ventricolare, se può essere epifenomeno di compressione di una neoplasia, e quindi secondario allo sviluppo della stessa, avrà come conseguenza una certa lentezza di formazione. Invece nel nostro caso il timpanismo cranico fu precocissimo.

Ma ciò che deve qui avere la massima importanza nella necessaria diagnosi differenziale è il fatto che l'ammalata mai ha presentato sintomi tali da richiamare l'attenzione su un isolato focolaio cerebrale.

I sintomi nervosi sono stati, come abbiamo detto, a carattere prevalentemente generale. Gli attacchi convulsivi, le vertigini, l'atassia, l'ipotonia e la debolezza muscolare, completavano il quadro della sindrome da aumentata compressione intracranica alla quale possiamo pure unire la paralisi transitoria di alcuni dei nervi cranici.

E anche i fatti riscontrati nel nostro caso a carico degli arti si spiegano con l'irritazione prodotta sulle radici posteriori e in relazione con l'ipertensione, tanto è vero che alcuni AA. (Murri) parlano di una vera sindrome lombare della meningite sierosa.

In complesso il quadro clinico ci fece allontanare dopo pochi giorni di osservazione, dalla supposta presenza di un tumore del cervello o dei suoi involucri e la diagnosi di meningite sierosa si impose in breve. E per questa ultima malattia anche il reperto datoci dall'esame del fondo dell'occhio è stato abbastanza caratteristico iniziando secondo gli studi del Di Marzio con l'edema dei bordi papillari, per terminare rapidamente con l'atrofia. Del resto anche il fatto caratteristico riguardante la grande variabilità del decorso con alternative di regressioni e peggioramenti, fino alla guarigione in seguito a rachicentesi ripetute, sta a dimostrare come la diagnosi di meningite sierosa, irta in principio di gravi difficoltà, era solo quella che si imponeva alla logica clinica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive dettagliatamente un caso di meningite sierosa seguito nel suo lungo decorso e terminato colla guarigione clinica ma col grave esito di una completa cecità.

L'A. ne discute la diagnosi facendone rilevare le non lievi difficoltà presentate agli inizi della malattia.

Finale nell'Emilia, 1930.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN e KRUKOWOSKI. *Contributo allo studio della meningite sierosa.* Riferito in: Pediatria, 1913.

CARAMAZZA. *Sulla sintomatologia oculare nella meningite sierosa.* Riv. Ot.-Neuro-Oftalm., volume IV, 1927.

CECONI. *Sulla diagnosi differenziale tra meningite sierosa e il tumor cerebellare.* Gazz. Ospedali e Cliniche, pag. 753, 1912.

DI MARZIO. *Sintomi oculari nella meningite sierosa.* Riv. Oto-Neuro-Oftalm., II, 1925.

DODICI MORELLI. Ferrara, giugno 1930.

FIORENTINI. *La meningite sierosa nell'infanzia.* Policlinico, Sez. prat., 1929.

FRUGONI. *Tumore del nervo acustico.* Minerva Medica, 1930.

MEDEA e MANARA. *A proposito di idrocefalo idiopatico e della diagnosi differenziale col tumor cerebri.* Rassegna Pediatr., 1911.

QUINCKE. *Ueber Meningitis sierosa.* Volkmanns Samm. Klin. Vortr., 1883.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La calcemia.

(MATIEU-PIERRE WEIL e CH. O. GUILLAUMIN. *Gazette des Hôpitaux*, n. 81, 1930).

Il calcio è molto inegualmente ripartito fra i diversi elementi costitutivi del sangue. Esso è uno degli elementi più fissi del plasma, ove è contenuto in una quantità che varia da 0,095 a 0,105 grammi per mille. La quantità di calcio contenuta nel siero è praticamente uguale a quella del plasma. Controversa è la sua esistenza nei globuli rossi, mentre i globuli bianchi ne sono molto ricchi. Del calcio contenuto nel plasma, una parte è intimamente legata alle albumine (40-45 %), una frazione si trova allo stato di sali ionizzati, una frazione allo stato di sali in sovrasaturazione, che mantengono in soluzione i colloidi del plasma.

L'asfissia provoca una elevazione della calcemia. Quando dunque si preleva il sangue dalla vena per il dosaggio del calcio occorre esercitare solo una compressione moderata. Nel corso delle emorragie nel cane si constata un aumento della calcemia, al quale viene attribuito l'aumento della coagulabilità del sangue. I bisogni dell'organismo in calcio sono relativamente considerevoli e nell'adulto sono in rapporto con la quantità delle proteine. Per un uomo di 70 kgr. e per una razione di 100 gr. di proteine, occorre 1 gr. di calcio alimentare al giorno. I bisogni di calcio sono evidentemente più considevoli nella donna incinta, sopratutto durante gli ultimi mesi di gravidanza e durante l'allattamento, e nei bambini.

La misura della calcemia non permette di riconoscere se il regime è o no ben equilibrato, poichè in caso di bisogno l'organismo preleva i sali terrosi dai depositi (scheletro, denti, più tardi cervello, muscoli ed altri tessuti). Così può svilupparsi uno stato grave di decalcificazione. Anche nel corso della inanizione la calcemia è solo tardivamente e debolmente diminuita. Inversamente un regime ipercalcificante non modifica affatto, o molto poco, la calcemia. Per elevarla fugacemente occorre somministrare dosi considerevoli di calcio. Anche l'iniezione dei sali di calcio non ha che una influenza effimera. I fosfati alcalini provocano una diminuzione della calcemia dovuta all'abbassamento del tasso del sodio nel sangue; i citrati alcalini, senza influenzare la calcemia totale, determinano un aumento talora considerevole della frazione ionizzata.

Tutte le ghiandole a secrezione interna sono state prese in considerazione nello studio del metabolismo del calcio. La timectomia sembra produrre un ritardo dell'accrescimento e dell'ossificazione; negli acromegalici la calcemia è stata trovata molte volte diminuita; discutibile è l'azione dell'adrenalina, degli estratti placentari e della milza, mal delucidata è ancora quella della tiroide. Per contro, il ruolo delle paratiroidi sulla calcemia è solidamente stabilito. Le paratiroidi sembra che agiscano sul metabolismo di calcio controllando l'equilibrio fra il sangue ed i tessuti o l'equilibrio fra le differenti forme con le quali il calcio è combinato. La diminuzione della calcemia non è però il solo fattore che interviene nella patogenesi della tetania paratiroidopriva, nella quale ha un ruolo notevole l'equilibrio acido-basico del sangue; le modificazioni di tale equilibrio hanno per conseguenza la variazione della porzione del calcio diffusibile jonizzata, che sembra sia la solo attiva come fattore di eccitazione neuro-muscolare.

Il ruolo capitale delle paratiroidi nel metabolismo del calcio non deve far dimenticare l'importanza che ha, a tale riguardo, la funzione ovarica. Se nella gran maggioranza dei casi non esistono durante le regole variazioni della calcemia, e se la dismenorrea è senza azione su di essa, la castrazione ha sul tasso del calcio del sangue un'influenza netta, nel senso di un abbassamento manifesto. Questo abbassamento è però passeggero, mentre, se la menopausa è naturale, l'ipocalcemia può prolungarsi. Infine la gravidanza determina con grande frequenza uno stato fisiologico di ipocalcemia.

Circa le variazioni patologiche della calcemia, la maggior parte delle ricerche attuali dimostrano che in tutti i tubercolotici, quale che sia la loro forma clinica e la loro gravità, la calcemia si mantiene nei limiti normali. Solo i tubercolotici diarroici sono nettamente ipocalcemici; ma in tali casi è la diarrea che è in causa, non la tubercolosi.

Kraus e Zondek hanno sostenuto la tesi che l'antagonismo $\frac{\text{Ca}}{\text{K}}$ esprima l'antagonismo $\frac{\text{simpatico}}{\text{parasimpatico}}$. L'azione del vago sarebbe rinforzata dal potassio e diminuita dal calcio; quella del simpatico rinforzata dal calcio e diminuita dal potassio. Secondo Kylin il rapporto $\frac{\text{potassio}}{\text{calcio}}$ permetterebbe di giudicare lo stato del sistema vegetativo; l'aumento di tale rapporto indicherebbe vagotonia ed il suo abbassamento simpaticotonia, quali che siano i valori assoluti dei termini del rapporto. Gli AA., in un gran numero di soggetti affetti da uno squilibrio neuro-vegetativo indiscutibile, non hanno mai trovato alterazioni della calcemia, ad eccezione di un solo caso.

Anche le precipitazioni calciche non si accompagnano a modificazioni della calcemia. Nei malati affetti da ateroma aortico con o senza ipertensione, anche nelle forme più avanzate, il calcio del sangue resta normale, qualche volta può essere perfino diminuito. Gli AA. hanno poi ricercato lo stato della calcemia nelle più diverse varietà di affezioni articolari. Nelle artriti traumatiche ed infettive non hanno mai trovato alcuna modificazione. Anche le spondilosi rizomeliche, contrariamente ad una opinione recentemente avanzata, non si accompagnano ad ipercalcemia. Nei gottosi cronici hanno trovato ipercalcemia solo in due casi. Nel corso invece delle manifestazioni articolari così frequenti durante la menopausa, si può osservare, insieme con un tasso particolarmente basso della fosfatemia salina e della riserva alcalina, un abbassamento della calcemia. La coesistenza, in un malato affetto da manifestazioni articolari, di ipocalcemia, ipofosfatemia e di diminuzione della riserva alcalina, costituisce un elemento diagnostico interessante in favore della loro origine ovarica.

In conclusione, nella maggior parte degli stati patologici la calcemia totale resta inalterata. Bisogna da ciò dedurre che non esistono nei soggetti delle alterazioni del metabolismo del calcio? No. Gli AA. credono anzi che il ruolo delle alterazioni del metabolismo del calcio sia frequentemente considerevole, come è dimostrato dai buoni risultati ottenuti con la terapia calcica, unita alle pratiche che facilitano la fissazione del calcio (vitamine, raggi ultravioletti, sostanze opoterapiche), in numerosi malati affetti da processi articolari o dentari. Ma la misura della calcemia non permette di giudicare lo stato di calcificazione o di decalcificazione organica. L'opinione che il sangue sia lo specchio costante delle alterazioni che hanno sede nei tessuti, opinione sulla quale è basata una gran parte della nostra ematologia clinica, è di una eccessiva semplicità. Se un prelevamento sanguigno rappresenta incontestabilmente una biopsia, essa non è che la

biopsia di un tessuto particolare, ed è azzardato volere dallo stato di esso concludere sullo stato degli altri tessuti.

C. TOSCANO.

Fisiologia e patologia generale del calcio.

(M. L. BRULL. *Gaz. des Hôpitaux*, n. 82, 1930).

Il calcio, formando delle combinazioni poco solubili con gli acidi carbonico e fosforico, ha un còmpito importante nei tessuti di sostegno. D'altra parte esso, all'opposto del sodio e del potassio, possiede nei mezzi colloidali delle proprietà essenzialmente stabilizzanti ed equilibria l'azione di questi due joni. Il calcio ha un'azione rinforzante sul tono del cuore, sul tono delle fibre lisce dei vasi, una azione inibitrice sulla eccitabilità e la conduttività neuro-muscolare, sulla permeabilità cellulare e renale. Inoltre, una serie di agenti, simpatici e parasimpatici, ormoni paratiroidei, ipofisari posteriori, dróghe come i corpi digitalici, l'ergosterina irradiata, agenti fisici come i raggi ultravioletti esercitano verosimilmente la loro azione sull'organismo per mezzo delle modificazioni che apportano alla ripartizione ed allo stato del Ca cellulare.

I bisogni in Ca variano molto con il suo assorbimento e la sua escrezione. I fattori principali dell'assorbimento intestinale sono l'acidità del mezzo, i sali biliari, la vitamina D. Al calcio non assorbito si aggiunge il Ca escreto a livello del colon. Infine un'altra parte del Ca è escreto dai reni.

I 10 milligrammi di Ca che sono contenuti in 100 cc. di plasma si suddividono in tre frazioni: 1) da 6 a 7 milligrammi di sali diffusibili, parzialmente jonizzati; la frazione fisiologicamente attiva è solo quella jonizzata (2 milligr. circa); 2) da 3 a 4 milligr. di Ca colloidale, legato alla proteine, secondo un meccanismo ancora discusso. Questa frazione è una riserva, un tampone che libera del calcio jonizzabile quando il Ca jonizzato viene a mancare; 3) circa 1 milligr. di Ca diffusibile ma non jonizzabile, inglobato negli joni complessi analoghi al complesso citrico. Numerosi meccanismi regolatori, come per il pH, intervengono per regolare la jonizzazione del Ca plasmatico: fosfati, carbonati, proteine. Sotto la falsa apparenza di una calcemia normale, possono esistere delle alterazioni profonde del metabolismo del calcio.

C. TOSCANO.

Melanogenesi.

(PERCIVAL e STEWART. *Edinbourg Med. Journal*, sett. 1930).

La melanina si trova nella cute e nei suoi annessi in quantità varia, secondo gli individui e la razza, e può subìre in uno stesso individuo modificazioni dipendenti da stimoli fisiologici e patologici. La composizione chimica della melanina varia secondo i diversi autori: contiene carbonio dal 48-67 %, azoto dal 5-13 %, idrogeno, ossigeno; non contiene ferro; si discute se contenga zolfo o no. Fra i prodotti di scomposizione della melanina fu trovato il pirrolo. La melanina può contenere aminoacidi.

Nella melanogenesi due sono i processi importanti: la trasformazione del cromogeno in pigmento e il modo con cui questa reazione si svolge nella cellula vivente. La presenza surricordata del pirrolo nei prodotti di scomposizione della melanina ha fatto pensare che un derivato di questa sostanza potesse rappresentare l'origine della melanina e che precisamente questa derivasse dall'emoglobina che ha un nucleo di tetrapirrolo. A favore di quest'opinione sono citati i lavori sperimentali del Rondoni, del Quattrini e dell'Introzzi. Recentemente Peck ha dimostrato che questi esperimenti davano risultato positivo solo in presenza della luce e che risultati simili si avevano con iniezioni di acido acetico o con lesioni meccaniche.

Numerose osservazioni conducono alla conclusione che sorgente della melanina sia la tirosina per azione della tirosinasi. E lo hanno confermato anche ricerche fatte per riconoscere la quantità di pigmento che si trova in varie malattie, e precisamente nel morbo di Addison, nel melanoma, nell'albinismo, nella vitiligine, e in vari processi infiammatori.

La melanina ha la funzione di proteggere dai raggi solari e assorbe quasi completamente i raggi con minore lunghezza d'onda. Nelle razze colorate la melanina non solo è più abbondante, ma si mantiene costante anche nella sua distribuzione, mentre nelle razze bianche subìsce modificazioni stagionali. Le radiazioni attiniche producono pigmento solo se si è raggiunta la dose eritema. In mancanza di luce si può avere formazione di pigmento solo in certi processi infiammatori. Nelle razze bianche la capacità di formare pigmento per azione dei raggi attinici varia secondo le regioni del corpo. La formazione della melanina è anche in rapporto colle variazioni locali di temperatura.

È poco noto il meccanismo con cui le secrezioni interne agiscono sulla melanogenesi, ma certamente la loro importanza è enorme. Come pure grande è l'importanza del sistema nervoso.

R. LUSENA.

MALATTIE INFETTIVE.

La diagnosi di febbre ondulante.

(WILSON. *The Brit. Med. Journ.* 25 ott. 1930).

Sono mezzi diagnostici l'agglutinazione, l'emocultura, la cultura di materiale prelevato da escrezioni (urine, feci), da ascessi, da tessuto splenico, epatico, l'inoculazione negli animali di materiale sospetto e la reazione intradermica.

L'*agglutinazione* va fatta col siero del malato e una sospensione di brucella e i risultati vanno letti 4 e 18 ore dopo. Sarà meglio adoperare un ceppo isolato di recente. In Inghilterra l'A. ritiene inutile servirsi di vari ceppi, mentre in Tunisia Burnet nota che sono necessari antigeni di due ceppi diversi. Le diluizioni si devono fare da 1 : 10 fino 1 : 5120; l'omettere qualche diluizione può fare sfuggire la positività della reazione. L'interpretazione di un'agglutinazione positiva va fatta in cooperazione fra clinico e batteriologo, specialmente perchè esistono forme di infezione da brucella clinicamente latenti in luoghi dove la malattia è endemica. Escluso il b. della tularemia è dubbio che esistano altri germi capaci di dare agglutinine pel gruppo Brucella. L'importanza delle agglutinazioni non specifiche è stata esagerata. Un'agglutinazione positiva 1 : 80 o meno, in assenza di segni clinici, indica un'infezione pregressa da brucella, anche senza che la malattia si sia manifestata. La reazione positiva 1 : 100 o più, senza segni clinici, indica probabilmente un'infezione latente oppure pregresse infezioni ripetute (è frequente nei veterinari). La reazione positiva 1 : 100 o più con febbre e altri segni della malattia si può considerare praticamente come segno diagnostico di una brucellosi attiva. Anche una reazione positiva con diluizione fra 1 : 20 e 1 : 100 in individui che hanno febbre a tipo ondulante è praticamente segno di infezione attiva, perchè è assodato che ci sono malati con emocultura positiva i quali non agglutinano a più di 1 : 100. L'assenza completa di agglutinine non è sufficiente ad escludere una infezione da brucella, tanto per la *br. melitensis* che per l'*abortus*.

L'emocultura va fatta in un periodo febbrile; 5 cc. di sangue defibrinato si seminano in due palloni con 100 o più cc. di brodo; si coltiveranno uno aerobicamente e l'altro col 10 % di CO_2. Non si getteranno le culture che dopo 5 settimane di sterilità. L'emocultura risulta positiva nell'80 % dei casi.

La cultura di urine, feci, ecc. non dà sempre risultati positivi.

L'inoculazione in animali (cavie) è un metodo meno pratico dell'emocultura.

L'intradermoreazione è invece molto semplice e merita di essere usata su larga scala; si fa sul braccio con inoculazione di 0,05-0,1 cc. di brodo di cultura vecchio di 22 giorni e filtrato (si adopera cultura tanto di *br. melitensis* che di *br. abortus*). Se la reazione è positiva, dopo 6 ore compare una placca edematosa con diametro di 4-6 cm., con colore diverso da quello della cute circostante, a volte accompagnata da dolore persistente anche per 2 giorni. Secondo Burnet l'intradermoreazione è spesso positiva in casi con agglutinazione negativa e quindi ha grande valore diagnostico. Ma, secondo Huddleson e Johnson, la cutireazione ha maggior valore nell'infezione da *melitensis* che in quella da *abortus*.

R. LUSENA.

La terapia della tifoide.

(A. LUGER. *Die Therapie ad den wiener Kliniken.* Deutike ed., Lipsia).

Regole igienico-dietetiche. Accurata assistenza del malato. Tener presente la possibilità che si formino ulcere da decubito. Per impedirle, lavature giornaliere della regione sacrale, della schiena, dei calcagni con acquavite o con spirito canforato, spargendovi poi della polvere all'acido salicilico; in seguito medicature con unguenti. Eventualmente tenere il malato su cuscini con aria od acqua. Cambiargli spesso la posizione, movimenti passivi delle gambe e leggero massaggio per impedire la trombosi.

Grande cura dell'igiene della bocca. Lavature regolari con acqua ossigenata all'1 % ogni volta che il malato si nutrisce. Pulizia meccanica della lingua, uso di spazzolini per i denti, se lo stato del malato lo permette. Spennellature delle eventuali ragadi con soluzioni di nitrato d'argento al 2 %, spalmatura delle labbra con glicerina o vasellina borica. Inalazioni di soluzione fisiologica, spalmatura del naso con grassi, eventualmente lavatura con soluzione fisiologica.

Nella terapia anzitutto provvedere all'idroterapia, per mezzo di bagni o di impacchi umidi. Controindicazioni per i primi, sono: emorragie intestinali, peritonite o stati di irritazione peritoneale, trombosi recenti, tendenza al collasso, grandi essudati pleurici. Si abbia particolare cautela per gli obesi, gli arteriosclerotici, gli alcoolisti gravi e le persone anziane. Secondo la sensibilità e la capacità di reazione del malato, il bagno va dato a temperature da 26° a 35°. Raffreddamento dell'acqua del bagno aggiungendovi acqua fredda, eventualmente eccitando la respirazione con affusioni di acqua a 24°. Il bagno avrà la durata di 15-30 minuti; durante esso, si faranno fregagioni sulla cute del paziente. Il trasporto del malato si farà mediante lenzuola, che si metteranno nella stessa vasca. Asciugare poi accuratamente il corpo, eventualmente applicazione di un impacco secco nel letto. Se non si può fare il bagno, si ricorra ad impacchi freddi della durata di pochi minuti, od a lavature parziali eventualmente con aggiunta di acquavite o di aceto.

La *nutrizione* deve essere moderata, fatta accuratamente, variata e deve garantire un apporto di 1500-2000 calorie. *Le diete di fame o la dieta esclusivamente o in preponderanza lattea non sono raccomandabili.* La dieta si darà in forma liquida o di pappa ad intervalli brevi di 1-2 ore, a piccole porzioni. La tem-

peratura dei cibi non ha importanza. Non è raccomandabile una quantità eccessiva di bevande fredde.

Il momento più conveniente per dare il nutrimento è subito dopo il bagno o l'impacco.

Se non vi è speciale idionsicrasia, si potrà dare del latte, in quantità di circa 1/2 litro al giorno. Oltre ad esso, delle minestre a base di idrati di carbonio, gelatina di carne o di frutta, cognac all'uovo, tè, limonate, succhi di frutta. Sono adatte le diverse farine per bambini in forma di zuppe o di pappe, le uova al latte, la puré di patate, pappe di riso o di semolino; i vari tipi di biscotti sono utili per l'azione favorevole della masticazione. Per quanto riguarda la carne, i pareri sono divisi. In generale, anche nei primi giorni, la carne tritata di ogni specie ed anche il cervello o le animelle sono ben sopportati. Grande cautela si dovrà avere per i legumi, anche se somministrati dopo passati allo staccio.

Anche durante la convalescenza si dovrà evitare il sovraccarico dello stomaco e dare dei pasti piccoli.

Per quanto riguarda i medicamenti, facendo astrazione dalle malattie dei singoli organi, sono da prendersi in considerazione soltanto gli antipiretici. Il tentativo di una disinfezione all'intestino è del tutto vano. Si tenga presente che gli svuotamenti drastici dell'intestino, quali si usano talora nei primi giorni, non sono senza pericolo.

Fra gli antipiretici, l'A. raccomanda soprattutto il piramidone, a dosi di 5-20 centigrammi ogni due ore. Inoltre: il cloridrato di chinina (50 cg. in 3 ore, ad intervalli di un'ora, alla sera), l'antipirina (cg. 50-g. I), la lattofenina (cg. 25), l'aspirina (cg. 50) parecchie volte al giorno. Se si può fare l'idroterapia, la somministrazione di antipiretici perde l'importanza.

La diarrea e la costipazione si combatteranno di preferenza per la via rettale. Per la prima, clisteri amidati con 15 gocce di tintura d'oppio, per la seconda, cauti clisterini di acqua e di olio, microlismi di glicerina, suppositori di glicerina.

Contro il meteorismo, impacchi alla Priessnitz, sull'addome, vescica di ghiaccio, oppure impacchi caldi od il termoforo; tè di menta, carbone animale, piccole dosi di calomelano (5 cg. tre volte al giorno). Se vi è torpore rettale, svuotamento meccanico, eventualmente digitale.

Nelle emorragie intestinali, riposo assoluto in letto, sospensione di ogni nutrimento per alcuni giorni. Per calmare un po' la sete, far tenere in bocca piccoli pezzi di ghiaccio, lavatura della bocca con tè freddo ed acque minerali carboniche gelate. Somministrazione orale o rettale di preparati di oppio. Iniezioni sottocutanee di gelatina (80-100 grammi suddivisi in diversi punti). Clisteri a permanenza di soluzione di cloruro di calcio (5-10 %). Iniezioni endovenose di cloruro di calcio o di afenil, o di soluzione di cloruro di sodio al 5 % (5-10 cmc.).Iniezioni sottocutanee di 5-20 cmc. di siero umano o di cavallo. Ogni 1-2 ore, iniezioni di 1 cmc. di soluzione di adrenalina, eventualmente combinata con pituitrina. Nelle emorragie gravi, si possono tentare piccoli clisteri di acqua ghiacciata. Nel caso che si ritengano necessarie le iniezioni endovenose di soluzione fisiologica, si abbia cura di controllare bene la pressione sanguigna, per evitare che si elevi.

Analogamente si procederà per le emorragie di altri organi. Nella peritonite da perforazione, nella rottura della milza, si potrà ricorrere all'intervento chirurgico.

Quando si abbiano disturbi dal lato dell'apparecchio cardio-vascolare, si ricorra anzitutto all'olio canforato (in grandi dosi) od ai preparati analoghi. Nel caso di lesioni miocardiche e nei vizi valvolari, si raccomanda la somministrazione di piccole dosi di digitale. Nel collasso, strofantina per iniezioni endovenose e cura prolungata con tale medicamento.

L'eventuale versamento pleurico non impone l'estrazione; il trattamento con preparati salicilici è inutile. Nel caso di empiema applicazione di drenaggio.

I numerosi tentativi di una terapia specifica del tifo mediante sieri o vaccini non hanno dato finora risultati degni di nota. Così pure ha effetto incerto la proteinoterapia aspecifica, sia con autosiero, sia con latte o deuteroalbumose.

Il *paratifo A e B* va trattato allo stesso modo. Nelle forme essenzialmente gastro-intestinali, si farà uso di purganti (calomelano, olio di ricino); sospensione del nutrimento per parecchi giorni, applicazioni calde sull'addome. Nel caso di grande perdita di acqua, introduzione parenterale di liquidi (come per il colera). Sono raccomandabili i clisteri con soluzione di tannino all'1 % o la tannalbina (cg. 5, per 4-8 volte al giorno). Regolare la dieta secondo i disturbi gastrointestinali o l'aspetto delle feci.

Regole di profilassi. Isolamento del tifoso, disinfezione delle urine e delle feci per mezzo di latte di calce preparato di fresco (1 parte di calce spenta e 4 di acqua) a parti uguali; lasciare per un'ora. Disinfezione della biancheria mediante lisol o cresolo saponato. Pulizia del pavimento con soluzione di sublimato. Per i medici ed il personale di assistenza, disinfezione delle mani. Proibizione di prendere i pasti nella stanza del malato; prima di fumare, disinfezione delle mani. Dimettere il malato, o tralasciare le pratiche di disinfezione dopo che la ricerca batteriologica delle feci e delle urine (eventualmente della bile duodenale) è stata per tre volte negativa.

Se anche il valore delle iniezioni profilattiche

non è universalmente riconosciuto, esse sono raccomandabili per le persone esposte, tenuto conto della loro innocuità. Se non vi sono controindicazioni (debolezza cardiaco-circolatoria, stati cachettici, tubercolosi, convalescenza da gravi infezioni), si fanno 2-2 iniezioni a dosi crescenti da 1 a 3 cmc. ad intervalli di una settimana.

Il trattamento medicamentoso e specifico dei portatori è inefficace; lo stesso si dica per quello operativo. Si faranno disinfezioni delle feci e delle urine, nonchè delle mani dopo ogni defecazione. *fil.*

Avvelenamento mortale da emetina nella dissenteria amebica.

(FRANK LEIBLY. *The Am. Journ. of the med. scienc.*, giugno 1930).

L'A. ne riferisce un caso.

Si trattava di una studentessa universitaria, di 21 anni, affetta da dissenteria amebica accertata coll'esame microscopico delle feci, curata dapprima per 10 giorni con due clisteri quotidiani di soluzione di bisolfato di chinino 1:3000 e due iniezioni endovenose al giorno di due centigrammi l'una di cloridrato di emetina. Poi per una settimana fu sospesa l'emetina mentre si faceva un solo clistere di chinino. Successivamente furon fatte in 4 giorni 8 iniezioni di emetina e l'ammalata lasciò l'ospedale senza presentare più amebe nelle feci. Ma pochi giorni dopo vi ritornò presentando diarrea, dolori e di nuovo ameba nelle feci. Per un primo periodo di 5 giorni si iniettarono nel deltoide centigr. 6 1/2 di cloridrato di emetina ogni giorno senza altre cure; dieta da tifosa giungendo a 3000 calorie. Per un periodo di 10 giorni si prescrisse di continuare l'emetina alla stessa dose e in più di prendere ogni giorno pillole contenenti gm. 2,3 di ipecacuana e si ripresero i clisteri col chinino. Ma al 4° giorno di questo secondo periodo la cura fu discontinua per il vomito.

La p. aveva preso complessivamente dall'inizio della malattia gm. 1,28 di cloridrato di emetina quando, dopo aver passato varie notti insonni, si cominciò a sentire debolissima e presentò i segni di una modica nevrite periferica e la temperatura era caduta al disotto del normale, mentre polso e respiro aumentavano di frequenza. Tre giorni dopo fu diagnosticata una modica miocardite e si somministrò della digitale. Dopo altri due giorni si ebbe cianosi per cui si fece una fleboclisi glucosata di 500 cmc. con insulina (12 unità). Ogni sintomo scomparve per circa una giornata; poi ricomparvero gli stessi sintomi, meno gravi, ma si fecero più gravi e nonostante un'altra fleboclisi, iniezioni di adrenalina e caffeina la p. morì.

All'autopsia furono trovate cicatrici da ulcere guarite all'unione dell'ileo col cieco, una piccola ulcera dell'ileo, numerose cicatrici pure al grosso intestino; inoltre lieve miocardite, degenerazione grassa del fegato, nefrite acuta diffusa e degenerazione acuta parenchimatosa delle surrenali, iperplasia acuta della milza.

Nel 1916 Levy e Rowntree riportarono il primo caso di avvelenamento mortale da emetina. Ricerche sperimentali su animali di laboratorio hanno dimostrato una notevole disparità fra la dose letale minima trovata dai vari autori; però esistono anche differenze fra i vari animali (conigli, topi, cani); la dose letale minima riscontrata negli animali non può essere applicata anche per l'uomo, pel quale questa dose non si conosce.

Esistono certo differenze individuali anche nell'uomo. L'emetina va impiegata a piccole dosi con frequenti e abbastanza lunghi periodi di riposo. Poco si sa dell'azione tossica dell'emetina, come pure non chiarita è l'azione sulle amebe. Non si conosce un antidoto dell'emetina. R. LUSENA.

Trasfusione sanguigna nelle malattie infettive acute.

(LANDON. *The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, ott. 1930).

LA' ha studiato 100 casi di malattie infettive trattate colla trasfusione sanguigna per vedere se questa può avere valore pratico in terapia. Dalle osservazioni dell'A. risulta che la tecnica migliore è quella della trasfusione diretta. Fra i 100 casi così trattati si ebbero 35 morti e 3 che non ebbero miglioramento. Le malattie in cui fu fatta la trasfusione sono state la difterite, la scarlattina, il morbillo, la pertosse, la varicella, la poliomielite, il tifo, la setticemia streptococcica e l'encefalite.

Nella difterite la trasfusione è controindicata se esiste miocardite oppure bronco-polmonite, mentre è un buon coadiuvante terapeutico nella cura pre- e post-operativa della mastoidite, della trombosi dei seni e dell'empiema quali complicazioni della scarlattina e del morbillo. È utile pure nella cura della bronco-polmonite che complica il morbillo e la pertosse ed è un tonico nei casi in cui la malattia si prolunga e c'è uno stato di anemia. R. LUSENA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Ricerche sperimentali sull'epatografia.

(PAVEL, MILCOU e TANASESCO. *Arch. des mal. de l'app. digest. e de la nutr.*, ott. 1930).

L'idea di utilizzare le funzioni di un organo per opacarlo in vista di una radiografia ulteriore, costituisce uno dei più importanti progressi della radiologia moderna. Einhorn e Stewart hanno già pubblicato alcuni risultati di opacizzazione del fegato con le stesse dosi

di sostanza opaca e con lo stesso metodo di quello impiegato per la colicistografia. Ma poichè il fegato possiede un grado di opacità molto elevato, è dubbio che la quantità di 3-5 centigr. di tetraiodo per chilogrammo di animale possa bastare per opacare in modo dimostrativo il fegato. È forse per questo che gli AA. citati non accompagnano i loro articoli con dei *clichés* radiografici. D'altra parte, allo stato attuale delle nostre conoscenze, la tossicità della tetraiodo non permette di aumentarne la dose. Infine, anche se fosse possibile aumentare la dose senza rischi, bisognerebbe tener conto del fatto che, a differenza di ciò che avviene nella cistifellea in cui la sostanza opaca resta in deposito e si concentra, a livello del fegato la tetraiodo non fa che passare.

Per realizzare l'epatografia sperimentale gli AA. hanno ripreso lo studio della tossicità della tetraiodo, per poterne aumentare la dose. Esperimentando su dei cani, essi hanno visto che dosi da gr. 0,20 a gr. 0,25 per chilogrammo di peso non provocano nel fegato che delle alterazioni leggere e reversibili, mentre le dosi che oltrepassano gr. 0,30 per chilo uccidono l'animale in breve tempo. Ben più importanti e più gravi sono gli effetti di ordine funzionale che seguono all'iniezione endovenosa di tetraiodo. Essi sono di due ordini: gli uni interessano la circolazione, gli altri il tratto digestivo.

Immediatamente dopo l'iniezione di tetraiodo il polso si accelera, talora in modo notevole; nello stesso tempo si ha un leggero aumento della pressione arteriosa dopo il quale segue una caduta brusca che può raggiungere il 34 %. L'ipotensione dura circa 10-15 minuti, poi la pressione torna al suo normale livello. Per combattere l'ipotensione, gli AA. hanno somministrato, contemporaneamente alla tetraiodo, dell'efedrina. In questo caso la caduta della pressione è di un terzo minore e non dura che qualche secondo.

Più impressionanti sono i fenomeni digestivi. Poco tempo dopo l'iniezione si constata in ogni caso vomito e, un po' meno spesso, diarrea. L'animale è agitato e si lamenta per le coliche di cui soffre. Esse si prolungano per 5-10 ore e possono portare a morte l'animale per invaginazione intestinale. Tutti questi fenomeni digestivi si spiegano per l'azione che la tetraiodo sembra avere sulla fibra muscolare liscia.

Per ovviare a tali inconvenienti, gli AA. hanno provato l'atropina e la morfina. La prima non ha dato risultati soddisfacenti. La morfina invece, anche impiegata a dosi piccole, sopprime completamente i disturbi gastro-intestinali o li riduce ad una intensità praticamente senza importanza.

Se si vuole ridurre al minimo la dose di morfina, bisogna aumentare l'intervallo che separa l'iniezione di morfina da quella di tetraiodo. Studiando il comportamento della morfina in questi casi, gli AA. hanno visto che essa inibisce la secrezione biliare. Questa inibizione comincia 10-15 minuti dopo l'iniezione e raggiunge il suo massimo dopo 2-3 ore: allora la secrezione è soppressa o quasi nulla. Ora, poichè la tetraiodo viene eliminata in massima parte con la bile, la soppressione della secrezione biliare realizza un'altra condizione per l'opacamento del fegato, cioè il deposito della sostanza opaca a livello dell'organo.

La tecnica adoperata dagli AA. è la seguente: iniezione endovenosa di 20-30 centigr. di tetraiodofenolftaleina per chilo, secondo l'età degli animali (gli animali giovani possono ricevere una dose più forte che gli animali vecchi); iniezione preventiva di centigr. 1-1,50 di morfina per chilo, dose che produce anche una sonnolenza o un sonno con respirazione lenta e regolare particolarmente favorevoli alla presa dei radiogrammi. Sono sufficienti anche dosi minori di morfina. Per ottenere buoni risultati l'iniezione di morfina deve precedere l'iniezione di tetraiodo di almeno 15 minuti. L'*optimum* dell'opacamento sembra verificarsi 2 ore dopo l'iniezione. Il grado di opacamento del fegato deve essere giudicato per comparazione con l'immagine del fegato non opacato dello stesso animale presa immediatamente prima dell'iniezione.

Gli AA. non hanno giudicato opportuno saggiare l'epatografia nell'uomo, per quanto la sua realizzazione sia desiderabile, essendo l'epatografia una prova morfologica e funzionale insieme, che potrebbe essere utile per la diagnosi in molte condizioni morbose. Tutto considerato sembra agli AA. che l'aiuto della chimica sia per il momento assolutamente necessario. Essa dovrà modificare la sostanza opaca, sia aumentandone l'opacità in rapporto alla tossicità, sia diminuendone la tossicità conservando alla sostanza l'opacità già esistente.

C. TOSCANO.

A proposito delle cisti idatidee del fegato aperte nelle vie biliari (4 casi).

(ABADIE. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 1930, n. 5, p. 186).

Oss. I. — Uomo di 44 a., con storia da 3 anni di ittero progressivo e decolorazione delle feci; temperatura 38°; mai coliche. All'operazione cistifellea piccola ma normale; in vicinanza dell'origine delle vie biliari principali cisti idatidea, dalla quale si estrae 1 litro di liquido cistico. Asportata la grossa cisti unica viene dal cavo abbondantemente bile. Drenaggio del cavo e chiusura a strati. Dopo 24 h. emorragia abbondante. Tamponamento; successivamente elevazioni termiche e morte per insufficienza epatica.

Oss. II. — Cisti idatidea della faccia inf. del fegato, che aveva evacuato il suo contenuto attraverso le vie biliari. Guarigione spontanea controllata con l'operazione. Si trattava di uomo di 26 anni il quale durante un periodo di coliche epatiche con ittero e febbre aveva emesso nelle feci frustoli di membrana idatidea; di poi remissione dei sintomi. L'operazione dopo 7 mesi fece constatare in corrispondenza delle vie biliari principali sulla faccia inf. del fegato una zona bianca ispessita, residuo della cisti di echinococco. Chiusura della parete.

Oss. III. — Echinococcosi delle vie biliari riconosciuta per scoperta di sodici nella bile e fuoriuscita secondaria di cisti dopo drenaggio delle vie biliari. Guarigione. Si trattava di un uomo di 33 anni con coliche epatiche parossistiche ed ittero, con fegato aumentato di volume in toto. All'operazione cistifellea distesa, senza calcoli contenente piccole cisti di echinococco. Colecistectomia: apertura del coledoco e fuoriuscita di cisti di echinococco, drenaggio del coledoco, col quale spesso si aspirano delle cisti idatidee. Di poi rimozione del drenaggio, guarigione.

Oss. IV. — Cisti idatidea centrale del fegato aperta nelle vie biliari. Uomo di 32 a., avvocato, con una storia di sofferenze epatiche da 2 anni, accompagnate da febbre. All'operazione fegato di aspetto normale, cistifellea distesa, coledoco ed epatico dilatati. Colecistectomia, apertura e drenaggio del coledoco e fuoriuscita di bile e cisti idatidea sotto pressione; drenaggio e tamponamento della loggia sottoepatica, chiusura della parete. Per alcuni giorni eliminazione di cisti di echinococco; di poi arresto di eliminazione ed aumento di nuovo della temperatura.

Con un 2° intervento pervenendo sul fegato con largo sportello condro-costale, si individualizza la sede centrale nel fegato della cisti di echinococco mediante punture esplorative. Si sostituisce l'ago col trequarti, ed impedito dalla grave emorragia a pervenire sulla cisti, lascia l'A. il trequarti in sito per 2 giorni, dopo i quali si sostituisce con laminarie, e di poi con grosso drenaggio, per 3 mesi, mentre quello del coledoco fu rimosso dopo 45 giorni. Nel corso di tale periodo fenomeni di congestione polmonare, osteocondrite. In fine guarigione.

Dalle osservazioni riportate l'A. deduce che se vi sono dei casi nei quali il solo drenaggio della cavità cistica oppone quello delle vie biliari possono essere sufficienti, in altri casi l'uno intervento deve essere completato dall'altro.

Per la diagnosi gli elementi utili sono aleatorii per poter distinguere le cisti di echinococco del fegato aperto nelle vie biliari dalla calcolosi biliare. Può soccorrere la sindrome di obliterazione delle vie biliari a ripetizione con o senza infezione, sopratutto se scompaiono bruscamente il dolore e l'ittero e se si tratta di soggetto giovane. Aggiungansi le prove sierologiche ed ematologiche. V. JURA.

Sulla trombosi primitiva del tronco della porta.

(F. GUCCIONE. *Arch. It. Anat. e Ist. Patol.*, n. 3, maggio-giugno 1930).

La trombosi primitiva della porta non è un'evenienza rara. Diverse sono le opinioni sul meccanismo della sua insorgenza; da alcuni si invoca una sclerosi primitiva della parete del vaso, sia per compressione dall'esterno, sia per propagazione di processi flogistici. Altri attribuiscono l'infiammazione della porta alla propagazione di una tromboendoflebite stabilitasi nel dominio delle sue radici; Virchow richiamò l'attenzione sulla esistenza di una flebosclerosi deformante primaria della porta, opinione confermata ed accettata da molti altri.

In rapporto all'etiologia molte cause tossi-infettive possono essere responsabili della malattia della porta, principali tra essi il virus sifilitico ed i veleni cirrogeni.

Nei casi di trombosi del tronco della porta e della splenica, spesso associate, la milza si presenta fortemente tumefatta; l'alterazione splenica da alcuni è considerata come secondaria alla stasi, da altri con più ragione è attribuita allo stesso agente infettivo che determina la lesione della porta: probabilmente in alcuni casi i due fattori concorrono entrambi a produrre la lesione splenica.

Più controverse sono le opinioni sul comportamento del fegato; alcuni negano ogni lesione degenerativa epatica, altri affermano di aver trovato un'atrofia semplice secondaria del parenchima.

Il caso riferito, oggetto della presente comunicazione, tratta di una donna di 34 anni, maritata, nella cui anamnesi si riportano otto aborti.

Improvvisamente ebbe dolore acuto al mesogastrio, che la fece stramazzare a terra; il dolore atrocissimo durò fin nel pomeriggio: verso le ore sedici ebbe una scarica alvina sanguinolente.

Una laparatomia esplorativa fece rinunciare ad ulteriore intervento, date le gravissime condizioni della paz., che infatti decedette dopo 3 ore.

All'autopsia fu riscontrato un trombo recente occludente della porta, che in alto si spingeva, seguendo solo il ramo destro, per circa mezzo cm. nella porzione intraepatica.

Dall'estremità inferiore del trombo si dipartono dei coaguli che si spingono per alcuni cm. rispettivamente nel lume della pancreatica e della mesenterica superiore.

Dall'insieme dei dati clinici, anatomici ed istologici si può affermare che la trombosi si stabilì nel tronco della porta alterato per un processo di meso-endoperiflebite (panpileflebite) sifilitica.

E' difficile decidere — per la propagazione dei coaguli nella pancreatica — se le lesioni si siano iniziate nel tessuto pancreatico e peripancreatico, per diffondersi secondariamente alla vena porta.

Interessanti sono le lesioni riscontrate nella milza, consistenti in ispessimenti della capsula e del reticolo, con neoformazione di connettivo della polpa e dei follicoli, i quali in genere sono atrofici.

E poichè dall'anamnesi e dal decorso clinico della malattia non risulta alcuna affezione che possa giustificare questo tumore di milza cronico, bisogna interpretare queste alterazioni spleniche non come prodotte dalla stasi, ma secondarie allo stesso agente che determinò la malattia della porta. Le lesioni spleniche riscontrate infatti ricordano il quadro che si ha nella sifilide congenita della milza, una vera splenite interstiziale.

Il fegato presentava lesioni acute da mettersi in rapporto evidentemente con l'interruzione del circolo portale, contrariamente all'opinione della maggioranza degli AA., i quali sostengono che non si ha alcun danno nel fegato per la soppressione acuta del circolo.

L. CARUSI.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Novità nella cura delle emopatie.

(JAGIC. *Wien. Klin. Woch.*, n. 44, 1930).

In questo interessante articolo, a carattere riassuntivo l'A. descrive i nuovi concetti a cui s'impronta la moderna cura delle malattie del sangue.

Nell'anemia, dovuta a ripetute o abbondanti perdite di sangue, conviene usare il ferro bivalente anorganico, ad alte dosi; somministrazioni giornaliere di 3, 6 e persino 10 grammi, in polvere o in pillole, agiscono efficacemente come stimolanti della funzione ematopoietica del midollo: si diano in più 15-20 gocce di acido cloridrico, subito dopo la somministrazione del ferro: esso deve essere preso immediatamente prima del pranzo.

I preparati di ferro del commercio sono più o meno inefficaci: tuttavia l'A. raccomanda il ferrohovin, che contiene anche fegato e vitamine: queste ultime sono particolarmente utili e necessarie.

L'arsenico è meno efficace e va solo usato nei casi di forte dimagrimento: infine sono anche utili le iniezioni endomuscolari di piccole quantità (10 cmc.) di sangue d'uomo sano (non è necessario il controllo dei gruppi sanguigni), 2-3 volte alla settimana. Nelle forme più gravi si misura la trasfusione.

Nella clorosi, che è piuttosto una disendocrinia che un'emopatia, la terapia col ferro è anche giovevole.

Nell'anemia perniciosa il fegato seguita ad avere brillanti successi: dosi da 250 a 300 grammi al giorno sono necessarie; ottimi i preparati di stomaco (Ventramon) che si possono dare a tavolette, mescibili col cibo: si evita con ciò il pericolo di disgustare il paziente, come spesso accade, invece, col fegato; la dose da usare oscilla tra i 20 e i 40 gr. al dì.

Il meccanismo dell'azione di questi estratti d'organi sembra fondarsi sull'arresta dell'esagerata emolisi e sullo stimolo all'ematopoiesi, che essi provocherebbero.

Si ricordi però che i successi così ottenuti sono temporanei, e che il malato deve restare sotto il metodico controllo delle sue condizioni ematologiche: e la somministrazione degli estratti va ripresa appena si accenni un peggioramento.

L'arsenico ha poca efficacia; utile invece la somministrazione di acido cloridrico e pepsina (acido clor. diluito, pepsina anag. 15, acqua g. 150, un cucchiaino da caffè in un bicchier d'acqua, al momento dei pasti).

La somministrazione del fegato o del Ventramon giova assai alla glossite anemica; il fegato è inefficace di fronte alle manifestazioni nervose centrali che accompagnano l'anemia, mentre lo stomaco sembra giovarne.

La trasfusione sanguigna è indicata quando il numero dei globuli scende sotto a 1.000.000.

Per quanto riguarda la splenectomia, essa resta indicata solo nell'ittero emolitico, ma va evitata nell'anemia di Biemar che, se la diagnosi è esatta, finisce sempre per giovarsi delle cure organiche già ricordate.

Nella leucemia cronica è in giusto favore la radioterapia; ci si guardi però dall'esagerare nelle irradiazioni, e ci si ricordi che si tratta solo di un palliativo: il confronto dei casi trattati con casi non trattati con i raggi, giustifica le vedute dell'A. secondo cui un leucemico con forte splenomegalia vive tanto quanto un leucemico 30 anni fa, ma vive meglio e con minimi disturbi: l'arsenico in alte dosi completa l'azione dei raggi: la trasfusione sanguigna può essere pericolosa.

Nell'eritremia (policitemia vera) l'unica terapia veramente efficace è l'irradiazione del midollo osseo, per arrestare l'esagerata eritropoiesi.

Anche per il morbo di Hodgkin la radioterapia è l'unico sistema di cura che si possa, pur senza troppe speranze, adottare; oltre ai raggi, si può usare il Radium, che è specialmente indicato sia nelle forme che non richiedono un intervento rapido (allora si ricorra ai raggi!) sia in quelle avanzate, con cachessia e anemia: si evita inoltre al paziente

l'incomodo di doversi recare al gabinetto radiologico.

Nelle sepsi che si accompagnano a grave danno midollare, con quadri che si avvicinano più o meno alle aleucie è raccomandato l'uso dei raggi, a piccole dosi, (guardarsi dalle dosi forti!), a scopo stimolativo.

Infine negli avvelenamenti da benzolo (tossicosi capillari) ogni terapia riesce inutile ed è necessario prevenire il male, con una buona igiene del lavoro, e praticando in ogni operaio esposto a questi vapori, l'esame metodico del sangue. V. SERRA.

L'opoterapia epatica per via parenterale nelle anemie gravi.

(C. ACHARD e M. HAMBURGER. *Presse Médicale*, n. 76, sett. 1930).

Il metodo Wipple ha ormai profondamente modificata l'evoluzione delle anemie gravi, a tipo pernicioso; tuttavia la somministrazione di gr. 200 di fegato di vitello al giorno non è scevra d'inconvenienti.

Prima di tutto il sapore e la quantità del fegato spesso ne rendono ripugnante la somministrazione dopo i primi giorni; spesso anche quando i pazienti si alimentano sufficientemente di fegato, si possono osservare disturbi gastrici, quali l'anoressia, le nausee, i vomiti, la diarrea; inoltre sembra che l'opoterapia sia controindicata in casi d'azotemia e in individui con disturbi del ricambio quale la gotta. Altra ragione di non minore importanza è che l'effetto dell'opoterapia non è immediato, ma si fa notare, modificando la crasi sanguigna, dopo alcuni giorni; invece si sa quanto sia necessario in certe forme di anemia di agire presto e bene.

Per ovviare a tutti questi inconvenienti gli AA. hanno tentato la cura epatica per iniezioni intramuscolari ed endovenose, servendosi di estratti privi delle sostanze proteiche e dei lipoidi.

In un'ammalata dapprima curata con preparati epatici e fegato fresco, in un periodo di grave recidiva, furono iniettati gr. 0,018 di estratto, corrispondenti a gr. 60 di fegato fresco, per volta, ed in proporzione di gr. 450 di organo fresco al giorno. Il miglioramento generale ed ematico fu quasi immediato; essendosi suppurata una iniezione, si dovette sospendere tale metodo e continuare quello orale di fegato.

In questo caso il miglioramento fu netto e rapido; altri AA. che hanno usato la stessa via d'introduzione, hanno notato che dopo aver raggiunto un tasso ematico, le iniezioni non avevano più alcun effetto su di esso; però la somministrazione di fegato per bocca, prima non tollerata, aumentò ancora il numero delle emazie.

Per evitare gli inconvenienti cutanei, dopo ricerche sperimentali sul cane, gli AA. usarono in un ammalato con grave anemia per emorragia intestinale le iniezioni endovenose. Tale via di somministrazione non diede luogo a nessun inconveniente: non fenomeni reattivi, non choc, non malessere; l'anemia si riparò molto rapidamente.

Queste osservazioni fanno concludere che in casi gravi di anemia perniciosa si può usare la via parenterale per ottenere un rapido miglioramento, il quale permette di usare in seguito altri metodi di somministrazione. L. CARUSI.

La radioterapia dell'agranulocitosi.

(FRIEDEMANN e ELKELES. *Deut. Med. Woch.*, n. 23, 1930).

Gli AA. riprendono, in base alla loro esperienza antica e recente, questo interessante argomento: essi hanno applicato la radioterapia in 43 casi di agranulocitosi, evitando ogni altro intervento curativo.

Di questi casi solo 20 ebbero un decorso senza complicazioni; come è noto, la sepsi segue spesso all'agranulocitosi e, per la mancanza di ogni difesa da parte del metodo, ha sempre un andamento gravissimo; anche la polmonite è frequente.

Dei 20 casi non complicati, sottoposti alla radioterapia, 13 sono guariti e 7 sono morti; ma in 3 di questi le condizioni erano già senza speranza quando la cura fu iniziata.

Prima dell'applicazione dei raggi, la prognosi dell'agranulocitosi era considerata infausta nel grado più assoluto e la percentuale delle guarigioni si aggirava intorno all'8 %.

Molti elementi clinici debbono richiamare la attenzione del medico, quando farà la prognosi: lo stato generale discreto, la mancanza di fatti necrotici a carico delle mucose e la persistenza di un discreto numero di linfociti nella formula sanguigna, parlano tutti per una prognosi più favorevole.

Malgrado tuttavia i veri mezzi terapeutici escogitati, ed ammessa pure la possibilità di una guarigione spontanea, la prognosi è restata tuttavia oscura sino all'applicazione della roentgenterapia.

Essa esercita rapidamente i suoi effetti su tutto il quadro morboso; già qualche ora dopo la prima irradiazione compaiono in circolo forme immature; il paziente si sente meglio e la temperatura cade spesso alla norma.

Le recidive sono più difficili a curarsi delle forme primitive: la precocità della diagnosi rappresenta un elemento di grande importanza per l'efficacia della cura; quindi la necessità di esaminare il sangue in ogni angina sospetta.

Con ogni probabilità l'azione esplicata dai raggi è di carattere « eccitante » e si esercita sul midollo osseo, forse anche in via indiretta.

V. SERRA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

O. VIANA. *La blenorragia nella donna.* Manuale ad uso dei medici e degli studenti. Prefazione del prof. P. LODOVICO BOSELLINI. Vol. di pp. XII-456. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 58.

È con vero compiacimento che segnaliamo ai lettori del *Policlinico* quest'opera del prof. VIANA, il quale ha raccolto e pubblica ora in volume la sua relazione sul tema ufficiale « La blenorragia nella donna », proposto nel XXVIII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

La relazione in parola, la quale in realtà colma una lacuna nella nostra letteratura venereologica ed ostetrico-ginecologica, ebbe a suo tempo larga eco e unanimità di consensi: l'una e gli altri non mancheranno ora che essa vede la luce coi tipi del benemerito editore Pozzi e vien messa così alla portata di tutti, studenti, medici generici e specialisti, i quali si occupano di un argomento di tanta importanza pratica, scientifica e sociale.

Il VIANA ha svolto il tema affidatogli non solo con larghissima competenza e preparazione (un'occhiata al volume basta a far persuasi che il copiosissimo indice bibliografico, diviso per materia, non è messo lì allo scopo di fare sfoggio di una inutile erudizione, mentre invece trova in ogni pagina, si può dire, il suo richiamo alle fonti consultate dall'autore), ma con quell'arte e con quel senso delle proporzioni da cui soltanto può risultare un'esposizione lucida, ordinata e tale da non destare senso di fatica o stanchezza nel lettore.

Dopo un breve capitolo sulla nomenclatura più appropriata (*infezione gonococcica nella donna*) ed una rapida scorsa nella storia della blenorragia, l'A. tratta del gonococco, della sua morfologia, biologia, ecc. per poi entrare (parte II) nel vivo dell'argomento, *la blenorragia della donna*, svolto, sia dal lato clinico ed anatomo-patologico delle varie localizzazioni e complicanze genitali ed extragenitali, sia in rapporto anche alla gravidanza e parto, puerperio ed alle infezioni del neonato e delle bambine, in modo quanto mai completo ed esauriente, e con tale misura da potersi sicuramente affermare che il ginecologo (il VIANA è direttore della R. Scuola ostetrica di Verona) non ha preso la mano al venereologo, e che la materia impresa a studiare risulta compendiata in un quadro armonico, limpido e proporzionato.

Con eguale maestria e sicurezza l'A. ha svolto il capitolo sulla *diagnosi* della *blenorragia nella donna*, sia nella parte batterioscopica e culturale, sia nella parte biologica ed ematologica, sia, infine, per quel che si riferisce, ed è questo il punto essenziale e più arduo, alla diagnosi di guarigione.

Nella quarta parte sono studiati i vari metodi di cura medica, chirurgica, fisica, sierovaccinica, chemioterapica proteinica, balneare, malarica, ecc. della blenorragia femminile e delle sue complicanze, ed anche qui non sapremmo lodare abbastanza l'A. per la modernità e l'obbiettività della sua esposizione. Egli porta, fra l'altro, un notevole contributo proprio, con lusinghiere statistiche, alla cura delle annessiti gonococciche per mezzo della diatermia mentre, per contro, fa le sue giuste riserve in merito alla tanto vantata efficacia dei moderni preparati acridinici.

Gli ultimi capitoli sono dedicati alla *cura della blenorragia* in gravidanza, parto e puerperio, alla *profilassi e cura della blenorragia del neonato*, alla *cura della vulvo-vaginite infantile*, ed alle questioni inerenti alla *blenorragia e matrimonio*, alla *profilassi, medica e sociale*, della *blenorragia femminile* (dispensarii, certificato prenuziale, ecc.).

Come si vede da questo sommario cenno, l'A. ha considerato l'argomento, del quale fu relatore, da tutti i suoi lati, ed è riuscito a darci un lavoro la cui mancanza, lo ripetiamo, era sentita dai cultori di queste materie e che sarà di grandissima utilità a medici generici, studenti, ed anche agli specialisti, non fosse altro che per le indicazioni bibliografiche, le quali, salvo qualche spiegabile dimenticanza, possono dirsi pressochè complete.

L'opera del VIANA, preceduta da una meritatamente lusinghiera prefazione dell'illustre prof. P. L. BOSELLINI ed edita in elegante e corretta veste tipografica con ben riuscite 22 figure in nero nel testo e tre tavole a colori fuori testo, è il frutto di un lungo e coscienzioso lavoro che, fra gli altri meriti, ha quello non ultimo di liberarci in modo definitivo da consimili pubblicazioni di provenienza straniera. Lavoro dunque eminentemente italiano, del quale vorremmo dire, se non ci trattenesse il timore di essere accusati di fare della retorica, che rappresenta una gemma di più nella già preziosa « collana di manuali del *Policlinico* ». V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

J. EGGERT. *Lehrbuch der physikalischen Chemie in elementarer Darstellung.* Un vol. in-8° di pagg. 552, con 123 fig. S. Hirzel ed., Lipsia. Prezzo RM. 25.

Questo trattato del prof. Eggert, a cui per la seconda edizione ha collaborato il dott. L. Hock, ci dà un'esposizione completa ed aggiornata alle più recenti vedute del vasto campo della chimica fisica.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Ad una breve introduzione, in cui si esaminano i problemi ed i metodi di ricerca di questa scienza, segue un lungo capitolo sulle basi scientifiche della teoria atomica ed energetica. I princìpi della termodinamica, della teoria cinetica della materia, della teoria dei quanta, vi sono esposti con grande chiarezza e precisione.

Viene poi considerata la dottrina della materia; anzitutto l'atomo (sistema periodico, modello di Rutheford, di Bohr), poi la molecola, secondo le recenti ricerche e gli aggregati (corpi solidi, liquidi, sistemi bifasi, colloidi, ecc.).

Nella terza parte vengono esposti gli equilibri chimici, la termo- ed elettrochimica, la cinetica chimica e la fotochimica, campo quanto mai interessante e pieno di promesse, con le reazioni fotofisiche e fotochimiche e la luminescenza.

Esposizione limpida che conduce passo passo, dal noto all'ignoto ma, nonostante il titolo di elementare, libro di alta scienza, che non consiglierei ad un principiante digiuno delle necessarie cognizioni fondamentali; esso è invece veramente prezioso per chi voglia addentrarsi nell'interessante campo della chimica fisica che domina ora nello studio dei fenomeni biologici.

fil.

Leçons de Physico-chimie à l'usage des médecins et des biologistes, publiées sous la direction de A. STROHL. Un vol, in-8° di 282 pagg., con 12 fig. Masson e C.ie ed. Paris, 1930. Prezzo frs. 40.

La conoscenza della chimica fisica diventa sempre più interessante per chiunque si occupi di questioni biologiche. Ormai molte nozioni di questa scienza sono diventate di uso corrente (il pH, la riserva alcalina, la tensione superficiale, la refrattometria, ecc.) sebbene molti ne parlino ancora « ad orecchio », in mancanza di precise nozioni sull'argomento, dovute alla mancanza di libri adatti che inizino ai « misteri » della chimica fisica.

E bene potrà servire a tale scopo questo volume in cui troviamo riunite diverse conferenze tenute da Blanchetière, Fogno, Fabre, Lescoeur, Sannie, Strohl e Wuremser alla Facoltà di Medicina di Parigi. Vi si trattano i seguenti argomenti: L'atomo e la molecola; Affinità chimiche; Osmosi e crioscopia; Le questioni relative agli joni (teoria, equilibrio, concentrazione, determinazione del pH); Lo stato liquido; La tensione superficiale; La viscosità; Le proprietà ottiche dei liquidi; I colloidi; La catalisi.

Trattazione chiara, con numerose referenze bibliografiche, che permettono un ulteriore studio più approfondito.

fil.

L. LICHTWITZ. *Klinische Chemie.* II edizione. Un vol. in-8° di 672 pagg., con 52 fig. J. Springer ed., Berlin, 1930. Prezzo RM. 47.

Il volume si apre con la trattazione degli aminoacidi e degli albuminoidi e con tutti i problemi relativi (fame ed iponutrizione, ricambio in genere, fermenti, vitamine, nucleoproteidi, pigmenti melanotici, ecc.). Continua con i carboidrati, di cui espone le generalità, la digestione, l'assorbimento, il ricambio (diabete, ecc.). Dedica un capitolo non molto ampio ai grassi e si occupa poi largamente del sangue (emoglobina, ricambio del ferro, coagulazione, quantità di sangue) e del tratto digerente. La funzione renale è studiata minutamente nella energetica della secrezione (con i problemi connessi della sete e del diabete insipido), nel modo di comportarsi della funzione renale, nei segni più palesi dei disturbi di questa (albuminuria, cilindruria), negli edemi e nell'uremia.

A parte è trattata la formazione di sedimenti e calcoli; un capitolo è dedicato al calcio.

Non è possibile fare una disamina particolareggiata dei singoli argomenti che sono magistralmente trattati dall'A., con l'esposizione chiara delle diverse vedute, delle questioni controverse, con continui riferimenti alla clinica, ciò che rende questo trattato completo e di grande utilità per il ricercatore di laboratorio come per il medico. *fil.*

W. KOPACZEWSKI. *Traité de Biocolloidologie.* Vol. I; seconda parte. In 8° di pag. 194, con numerose fig. e tav. colorata. Gauthier-Villars ed., Paris, 1930. Prezzo 40 frs.

In questa seconda parte dell'eccellente trattato che il Kopaczewski viene pubblicando e che comprenderà 5 volumi, abbracciando tutto il campo della biocolloidologia, l'A. tratta le misure della concentrazione molecolare e jonica. Dedica un capitolo alla osmometria, di cui descrive i principi teorici, i metodi di misura e riferisce i dati numerici relativi; tratta poi la criometria (crioscopia) fornendo importanti nozioni per la pratica applicazione, la jonometria con i diversi metodi di misura (Kohlrausch, Galeotti ed altri) e, da ultimo la misurazione della concentrazione degli idrogenioni (idrionometria), con i principi teorici ed i metodi di esame elettrometrico e colorimetrico, riportando in una tavola le diverse colorazioni.

Le numerose ed importanti applicazioni in biologia, specialmente degli ultimi tre argomenti, il modo con cui sono esposte, con opportuni consigli che verranno molto apprezzati da chi lavora su questi argomenti, rendono assai utile, quasi direi indispensabile questo libro a chiunque si occupi di questioni biologiche in cui la chimica fisica è ormai padrona del campo. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

II Congresso della Società Italiana di Anatomia.

Firenze, 4-7 ottobre 1930.

L'inaugurazione ha avuto luogo nell'aula dell'Istituto anatomico della R. Università alla presenza delle Autorità e di numerose personalità scientifiche. Nel discorso inaugurale il prof. CHIARUGI, dopo avere ricordato la recente scomparsa dell'illustre anatomico di Pavia prof. Sala, rileva come i fatti abbiano dimostrato la necessità della costituzione di una Società Italiana di Anatomia, affermazione della odierna attività di lavoro delle Scuole Anatomiche italiane. Annunzia come in occasione del recente Congresso internazionale di Amsterdam la Società Italiana fosse degnamente rappresentata da colleghi, i quali seppero tenere in quella sede alto il buon nome della scienza anatomica italiana. Fa notare che le numerose comunicazioni scientifiche dimostrano il multiforme indirizzo nella ricerca assunto dalle discipline anatomiche, il che aggiunge nuovi materiali all'edificio secolare dell'anatomia classica, Mette in rilievo come la morfologia da scienza di osservazione sia diventata scienza sperimentale indirizzandosi alla ricerca causale dei fenomeni biologici. Al riguardo accenna alla importanza della cultura dei tessuti, della embriologia sperimentale e dello studio delle leggi dell'accrescimento. Richiama l'attenzione sul fatto che i rigidi confini entro i quali in passato era contenuta la ricerca anatomica, sono stati sorpassati. Poichè forma e funzione sono termini correlativi, ne consegue la necessità che la morfologia pur avendo proprii problemi da risolvere, si mantenga in rapporto stretto con la fisiologia e con la patologia; il morfologo inoltre deve essere sempre in contatto con i cultori dei varii rami della medicina dai quali potrà avere dati per ricerche suscettibili di applicazione, e additare problemi alla soluzione dei quali i medici possono portare validi contributi. Di qui la necessità che fra coloro che coltivano l'anatomia con differente indirizzo avvengano frequenti contatti per scambi d'idee, al qual fine appunto gioveranno le periodiche riunioni della giovane Società Italiana di Anatomia.

Il prof. TERNI (Padova) svolge la relazione:

Moderna morfologia del sistema nervoso autonomo.

Dopo cenni storico-critici, il R. tratta dei varii orientamenti metodologici della ricerca morfologica nel campo dell'autonomo, dopo le scoperte fisiomorfologiche di Gaskell-Langley, e cioè: 1) lo studio anatomo-microscopico dei centri simpatici; 2) l'analisi istologica dei rami comunicanti e dei gangli simpatici, accoppiata oppur no all'esperimento; 3) lo studio citologico dei gangli autonomi; 4) l'indagine embriologica (istogenesi, organogenesi), nonchè lo studio coi metodi elettivi dell'autonomo fetale, per facilitare lo studio della disposizione definitiva, Per ognuno dei varii indirizzi di ricerca, il R. ricorda le conquiste più significative. L'O. svolge poi alcuni argomenti attinenti allo sviluppo e alla struttura dell'autonomo. Dell'origine del simpatico, ricorda le varie vedute, per concludere nel senso che, se pur non è sicura una migrazione attiva di simpatoblasti dal tubo midollare e dalla cresta gangliare, è evidente tuttavia una azione direttiva, organizzatrice, del nevrasse sullo sviluppo dell'autonomo; è anzi assai probabile, anche in base a ricerche originali, che tale azione si esplichi per la via delle fibre pregangliari, precocissimamente abbozzate.

Il R. analizza poi la questione se e fino a qual punto le cellule dell'autonomo, sia le pregangliari simpatiche e parasimpatiche, sia le post-gangliari, posseggano una fisionomia particolare che le distingua dagli altri neuroni centrali o periferici, e discute quindi il carattere della mielinicità o amielinicità delle fibre, come criterio differenziale sicuro. Passa poi in sintetica rassegna i complessi aspetti della distribuzione periferica dell'autonomo, sia delle fibre che delle cellule nervose, ricercandone il significato funzionale, ed esamina il problema delle connessioni nervose dell'autonomo, dal punto di vista istofisiologico, pronunziandosi in favore della dottrina del neurone.

Infine il R. discute il significato filogenetico dell'autonomo, simpatico e parasimpatico, riconoscendo la difficoltà della identificazione negli invertebrati di un sistema analogo all'autonomo dei vertebrati, ma ammettendo per tutti i gruppi di questi ultimi l'esistenza di un sistema prepost-gangliare simpatico e parasimpatico e in più considerando tutto quanto l'autonomo, come geneticamente oltre che funzionalmente connesse coi centri pregangliari.

Alla relazione ha fatto seguito una importante discussione alla quale hanno partecipato i proff. Luna, Levi, Simonelli, Rossi, Castaldi, Pace, Chiarugi.

Dopo la relazione del prof. TERNI sono state svolte diverse comunicazioni di argomento analogo.

* * *

La seconda giornata del Congresso è stata dedicata prevalentemente alle comunicazioni riguardanti il *problema costituzionalistico*. Le comunicazioni hanno dato luogo ad importanti discussioni sul contributo che l'Anatomia ha dato, dà e potrà ancora dare al problema oggi così dibattuto sopra i vari tipi costituzionali.

In generale si è convenuto che la maggior parte delle ricerche fino ad oggi fatte si riferiscano ad una percentuale non così elevata come quella che si richiede per uno studio statistico così importante, e si è prospettata la possibilità di iniziare ricerche sistematiche nelle varie provincie italiane, seguendo quello stesso metodo che il Chiarugi ha proposto per la determinazione del peso dell'encefalo negli italiani.

* * *

Nella terza giornata il prof. SIMONELLI (Firenze) ha svolto la sua relazione dal titolo

Dati morfologici sulla struttura della corteccia cerebellare dei mammiferi.

Tra le varie questioni che si riferiscono alla struttura del cervelletto, in questa relazione viene unicamente considerata quella riguardante la divisione morfologica dell'organo. Sono esaminati gli schemi di divisione di Elliot Smith, di Bradley, di Bolk, di Ingwar, di Jakob; e son tenuti presenti anche gli schemi di Edinger e Comolli, di Kappers, di Herrich, di Tilney.

Entro quali limiti si è potuta riconoscere alle varie formazioni cerebellari una funzione distinta? Un punto di interesse generico è quello dei

rapporti cerebello-vestibolari. Si tendeva a ritenere che nel cervelletto fossero situati i centri dei riflessi labirintici. Ma le ricerche della scuola di Magnus hanno dimostrato che nessuno dei detti riflessi è abolito dalla asportazione completa del cervelletto. D'altra parte il relatore potè dimostrare che i riflessi medesimi prendono un andamento asimmetrico quando, invece della distruzione totale del cervelletto, si pratichi una lesione unilaterale e anche circoscritta dell'organo.

L'azione cerebellare interviene dunque nella estrinsecazione di questi riflessi, sebbene i loro centri diretti siano, senza dubbio, al di fuori del cervelletto.

Per ciò che si riferisce alla funzione dei diversi lobuli cerebellari, vengono esaminate le storiche ricerche di Pagano, Rimberk, Luna, Rothmann, Thomas, ecc., ed è illustrata la successiva opera di revisione alla quale ha contribuito anche il relatore.

Gli esperimenti di demolizione e di eccitazione corticale hanno stabilito alcuni fatti assai costanti per ciò che riguarda il lobus anterior, alcune zone del lobus medianus posterior, il crus primum, il crus secundum.

Relativamente agli altri territori, non mancano ricerche accurate e numerose, ma i dati fisiologici che se ne sono ricavati non sembrano ancora sufficientemente controllati dall'esame istologico e non presentano una sufficiente corrispondenza tra i fenomeni di soppressione e quelli di eccitazione.

La relazione termina indicando alcune vie per le quali potrebbero procedere le ricerche morfologiche e le fisiologiche.

* * *

L'ultima giornata è stata dedicata alle *comunicazioni riguardanti studi citologici ed istologici*.

Come sede del III convegno è stata scelta Palermo e come presidente è stato designato il prof. Emerico Luna. A.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del 4 aprile 1930.

Presidente: Prof. Finzi.

Sulla rachianestesia nel parto.

Bacialli (Novara). — L'O. che ha praticata in quindici casi la rachianestesia con Novocaina per ottenere la necessaria dilatazione del collo dell'utero se ne dichiara assai soddisfatto per gli indiscutibili vantaggi che essa presenta nei confronti della narcosi eterea e cloroformica. Egli non ci nasconde però che tale metodo, per i pericoli legati al procedimento stesso e al meccanismo d'azione dell'anestetico, non può ancora esser largamente applicato nella pratica privata. Per l'affinità dell'argomento trattato, con il metodo di Delmas, l'O. si intrattiene su di esso accennando sopratutto ai punti che gli sembrano ancora discutibili e che riguardano principalmente le sue indicazioni.

Fasano dice di aver praticato con ottimo risultato la rachianestesia in un caso di eclampsia.

Pampanini basandosi sulla sua esperienza personale, conferma quanto ha asserito l'O.

Innesti alla Robertson-Lavalle.

Fasano (Asti). — L'O. riferisce su tre casi di innesti ossei alla R.-L. per osteoartrite tbc. dell'anca in un caso, del ginocchio negli altri due. In due di tali casi, tutti gravissimi e precedentemente dimostratisi ribelli agli ordinari metodi di cura, gli innesti ebbero risultato felice completo, parziale nel terzo, riferentesi ad un'osteo-artrite del ginocchio tuttora in cura.

Vere e false immagini lacunari nel pielogramma.

Rinaldi (Novara). — L'O. presenta alcuni pielogrammi che tipicamente dimostrano immagini lacunari non rispondenti a difetti di replezione, ma soltanto a varietà d'incrocio dei collettori, immagini che debbonsi interpretare come false. Illustra poi vari pielogrammi di tumori renali con immagini lacunari vere e chiude la sua esposizione con la dimostrazione di prove pielografiche ottenute con l'Uroselectan ricordando un caso clinico di tbc. urinaria nel quale l'esame così eseguito ha permesso di stabilire la sede delle lesioni e la loro distribuzione, che l'intervento dimostrò esatta.

Della scelta del metodo operativo nella retroversione dell'utero.

Pampanini (Alessandria). — L'O. dopo aver accennato ai vari metodi operativi si sofferma particolarmente sui due più meritatamente usati in Italia; quello del Pestalozza e dell'Alfieri.

Accenna all'opportunità del metodo Alfieri nei casi di retroversione mobile senza aderenze o superfici sanguinanti per distacco, come quello che risponde perfettamente ai bisogni richiesti.

Preferisce invece ricorrere al metodo Pestalozza come nei casi che presenta, potendo ricoprire con la plica peritonale vescico-uterina il fondo e parte della parete posteriore dell'utero, alterati e sanguinanti per il distacco di tenaci aderenze, nonchè il moncone residuante all'annessiectomia unilaterale se richiesta.

Ritiene un coefficiente importantissimo di guarigione perfetta impedire la formazione di aderenze con una buona peritoneizzazione.

Finzi. — Rileva come quasi nessuno, all'infuori di Menge, di Latzka e di Coffy, si sia preoccupato dei legamenti larghi, i quali hanno pure una funzione di sostegno, e i quali in certi casi sono così rilassati da poter subire una vera e propria torsione, allo stesso modo del mesentere nel volvulo, con conseguente stasi, specialmente venosa, nell'utero, per la maggior compressibilità delle pareti venose in confronto di quelle arteriose, e da ciò crisi dolorose.

In due casi di retroversione uterina, accompagnata da fenomeni di torsione, ha adottato, con pieno successo un metodo particolare consistente nella sutura reciproca dinanzi dell'utero dei legamenti rotondi a forma di x, cui fece seguire la sutura ai 2/3 inf. dell'utero, faccia anteriore, le falde dei legamenti larghi i quali venivano così a subire un accorciamento del loro diametro trasverso.

Bacialli. — Per il trattamento del legamento rotondo crede più indicato il metodo Alfieri.

Pampanini. — Approva l'operato di Finzi nel caso da lui citato.

Considerazioni sopra un caso di isterectomia per fibrosi dell'utero in donna profondamente anemica.

SALVINI (Alessandria). — L'O. espone un caso di fibrosi uterina operato di isterectomia sub-totale in donna profondamente anemizzata per le abbondanti menorragie, nel quale alle applicazioni Röntgenterapiche e radiumterapiche si preferì l'intervento demolitore perchè oltre alla fibrosi esistevano anche una piccola cisti ovarica d. ed un polipo mucoso, tendente alla trasformazione adenomatosa, peduncolato sul fondo dell'utero che avrebbero sicuramente annullato, agli effetti della guarigione dell'a. la problematica azione della terapia fisica.

Conclude dicendo che in tali casi, nei quali devesi provvedere d'urgenza e in modo definitivo, è necessario ricorrere senz'altro all'intervento demolitore o, se ci si vuole affidare alla terapia fisica, procedere prima ad una esatta diagnosi.

Fistola salivare ghiandolare parotidea permanente trattata con l'operazione di Leriche.

FINZI (Alessandria). — L'O. presenta il caso operato. La fistola durava da 16 anni e da essa fuoriusciva la maggior parte della saliva. Dopo l'intervento, arresto completo della secrezione salivare, che riprese, scarsissima, in quarta giornata (poche goccie nelle 24 ore); per questo, in decima giornata, cauterizzazione del tragitto fistoloso con una sottilissima punta di termocauterio. Guarigione completa 18 giorni dopo l'intervento.

L'O. ritiene che il persistere della secrezione, già osservato da altri e dallo stesso Leriche, sia pure in modo assai limitato, dopo questi interventi, sia dovuto o alla non completa ablazione del tratto che potremo dire parotideo del nervo auricolo-temporale, o che, come pensa Stoppato, la secrezione parotidea sia alle dipendenze anche di altri influssi oltre quelli provenienti dai rami secretori dell'auricolo-temporale.

Sono state fatte anche le seguenti comunicazioni:

FERRETTI (Novara). — *L'indagine radiologica della mastoide.*

FORNARA (Novara). — *Sulle forme regredibili della tubercolosi polmonare.*

ARTOM (Novara). — *Le dermatosi mestruali.*

BATORI (Alessandria). — *Il taglio cesareo nella placenta previa.*

Seduta del 25 giugno 1930.

Presidente: FINZI.

Della terapia iperclorurata nelle sindromi occlusive.

FASANO. — Riferendosi alle varie indicazioni della terapia iperclorurata l'O. richiama l'attenzione sulla applicazione che essa può avere nelle sindromi pseudo-occlusive che talora turbano il decorso post-operatorio negli interventi sulle vie biliari. In due di tali casi particolarmente gravi egli ebbe benefico risultato subitaneo dalla iniezione endovenosa iperclorurata.

Presentazione di casi clinici.

FASANO. — L'O. presenta fra i molti casi operati, il più grave, riguardante una paziente operata da sei anni *in extremis* per ulcera duodenale callosa ed ulcera pure callosa della piccola curva con stomaco a clessidra. L'intervento si limitò ad una gastroenteroanastomosi anteriore con Bram sulla sacca cardiale piccola, del volume di una arancia (mancavano spazio e rapporti possibili per praticare la posteriore che l'O. preferisce). Al presente la paziente mangia di tutto, digerisce bene e si trova in ottime condizioni generali. L'O. che nei casi indicati preferisce la resezione ed anche qui si proponeva di resecare in secondo tempo, grazie l'ottimo risultato ottenuto potè astenersi dal secondo intervento. Il caso serve a dimostrare come la tanto malfamata gastro-enteroanastomosi possa sortire esiti ottimi anche quando a priori poco sembra esserci da sperare.

L'O. presenta ancora un paziente operato da cinque anni di innesto alla Albee presentatosi con sintomi di compressione midollare. Si trattava di Pott delle medie vertebre dorsali che datava da oltre quattro anni. Sei mesi dopo l'intervento poteva riprendere la sua professione di metallurgico senza più accusare alcun disturbo ed in perfetto stato di guarigione, come può constatarsi attualmente.

Le emorragie sottoaracnoidee spontanee.

DEBENEDETTI (Asti). — L'O. riferisce su quattro casi di questa affezione ricordandone sintomatologia, prognosi, terapia e soffermandosi specialmente sul caratteristico reperto del liquido c. r. (emorragico in tutte le frazioni, xantocromico, non coagulabile), sulla albuminuria concomitante sulle turbe psichiche residuali.

Di una forma pseudoneoplastica addominale sinistra da appendicite scambiata per probabile trasformazione maligna di fibroma uterino precedentemente irradiato.

PAMPANINI (Alessandria). — L'O. espone un caso di forma pseudoneoplastica sin. da appendicite associata a fibroma dell'utero nel quale, per considerazioni anamnestiche e cliniche, si ritenne trattarsi di un fibroma in necrosi ed in trasformazione maligna.

Considerazioni sulla nostra statistica di lue congenita.

CURRADO (Asti). — L'O. asserisce che in Asti, contrariamente all'opinione corrente, la lue congenita è abbastanza frequente, ed a conferma della sua asserzione, riferisce su alcuni casi della statistica dell'ospedale e dell'ambulatorio pediatrico che comprende circa una trentina di soggetti.

Ossificazioni traumatiche.

DIANA (Alessandria). — L'O. espone cinque casi di osteoma traumatico della regione del gomito studiati per oltre tre anni clinicamente e radiologicamente, e conclude dicendo che il periodo di maturazione è assai più lungo di quanto si ammetta attualmente e fa notare ancora tutta l'importanza medico-legale di un sistematico esame radiologico che in simili contingenze svela molto giustamente l'età dell'osteoma. Per la terapia consiglia un più largo uso dell'irradiazione Röntgen e della diatermia.

Anemia perniciosa in acromegalico con diabete insipido. Miglioramento dell'anemia con l'epatoterapia e del diabete con l'irradiazione dell'ipofisi.

SARDI (Asti). — L'O. espone il caso di un individuo in stato di anemia intensa con parestesia agli arti ecc. e con reperto ematologico tipico

della anemia perniciosa nel quale, avendo i caratteri somatici fatto pensare ad una forma ridotta di acromegalia ed essendovi poliuria e polidipsia, fu fatto l'esame radiografico della base cranica. L'ingrandimento e la deformazione della sella turcica indussero alla diagnosi di tumore endosellare. Applicata l'epatoterapia si ebbe la guarigione dell'anemia; con la röntgenterapia dell'ipofisi si ebbe miglioramento del diabete.

Sulla terapia incruenta della calcolosi uretrale.

Lenti (Alessandria). — L'O. accenna ai vari metodi seguiti in questa terapia ed espone i casi da lui trattati con successo nel reparto chirurgico dell'Ospedale Civile di Alessandria.

La forma pseudotubercolare della stenosi mitralica.

Socino (Asti). — L'O. richiama l'attenzione su queste forme che si presentano frequentemente e con fatti clinici notevoli, in individui deperiti, con emoftoe ripetute, febbricola e con fatti polmonari che inducono a diagnosticare una tubercolosi polmonare. Ritiene si tratti di congestioni ed anche di infarti in individui che non presentano ancora fenomeni di scompenso e nei quali il reperto cardiaco può esser poco e affatto evidente. Riferisce quindi alcuni di questi casi di stenosi mitralica inviati in ospedale con diagnosi di tbc. polmonare, nei quali in breve tempo si ebbe la scomparsa di tutti i fenomeni polmonari.

Fibromiomi calcificati dell'utero a sindrome uretero-vescicale.

Finzi (Alessandria). — L'O. descrive il caso di una virgo di 54 anni e in menopausa da 5 nella quale un anno prima erasi instaurata una sindrome caratterizzata da crisi dolorose accompagnate da vomito, pollachiuria ed ematuria microscopica, rapidamente scomparenti con il riposo in posizione supina. I fibromiomi non potevano esser percepiti all'esplorazione; la diagnosi potè soltanto esser fatta con l'indagine radiologica e con particolari manovre che l'O. descrive. I fenomeni dolorosi vennero messi in relazione con probabili torsioni dell'utero fibromiomatoso.

Maino. — *Modificazioni di tecnica agli apparecchi radiferi di superficie.*

P. Carezzano.

COMMENTI

Sulla profilassi della tubercolosi.

Ho letto con viva soddisfazione l'ordine del giorno che la Giunta del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Forlì ha votato in seguito ad una relazione del chiarissimo prof. Solieri, con il quale si richiama l'attenzione sull'importanza che dal lato sociale ha la tubercolosi chirurgica, sulla necessità di una cura appropriata di essa per evitare che tanti infelici che per anni ed anni trascinano fra i diversi ambulatori ed ospedali la loro dolorante miseria, finiscano storpi o deformi, invalidi a lavoro proficuo, quando una localizzazione meningea o pulmonare od una granulia non tronchi la disgraziata esistenza.

L'allestimento di istituti specializzati, nei quali la terapia possa avere il sussidio importantissimo che viene dall'ambiente speciale climatico, nei quali possa essere più facilmente e rapidamente raggiunta la guarigione con esiti meno frequenti di minorazioni anatomiche e funzionali è un bisogno veramente sentito e certamente richiamando l'attenzione di chi con tanta competenza e amore dirige la lotta antitubercolare in Italia, sono convinto che si otterrà che accanto agl'Ospedali Sanatorii per la tbc. polmonare ne sorgano in giusta proporzione altri per tubercolosi chirurgica.

La necessità di un adeguato trattamento della tubercolosi chirurgica è stata da me sostenuta fin dal 1919. Infatti nella deliberazione del 3 marzo con la quale l'Ill.ma Arciconfraternita dei Rossi, me auspice, instituiva il suo dispensario antitubercolare, uno dei primi in Italia, è detto esplicitamente che scopo di esso è la cura e l'assistenza non solo dei tubercolotici polmonari, ma anche delle forme ganglionari, ossee ed articolari dei bambini e degli adolescenti, più facili a guarire, ma non meno temibili, perchè spesso precursori della forma pulmonare.

Ed infatti da undici anni accanto alla sezione per le forme mediche funziona quella per le localizzazioni chirurgiche; fornita di tutti i mezzi necessari per un più rapido ed adeguato trattamento (raggi ultravioletti, röntgenterapia, ecc.). E per il Sanatorio del cui progetto si sono stralciati e costruiti per mancanza di mezzi solo due padiglioni per tbc. pulmonare, è progettato un grande padiglione per tbc. chirurgica con un arredamento completo anche per protesi.

Nella relazione decennale sul funzionamento dell'Istituto di profilassi per le malattie sociali di detta Pia Opera, pubblicato il 15 aprile 1929, nella *Rivista Sanitaria Siciliana*, è detto: « Il Dispensario Antitubercolare si è occupato col suo ambulatorio chirurgico del trattamento delle cosiddette forme pretubercolari in riguardo alla tubercolosi pulmonare e costituite dalle manifestazioni ghiandolari, ossee ed articolari dei bambini e degli adolescenti, forme che, non curate o mal curate, dànno spesso la tubercolosi polmonare nell'età adulta.

È infatti solo con la cura affettuosa ed ininterrotta delle forme chirurgiche della malattia, che si vengono ad evitare le localizzazioni polmonari nella giovinezza. E perciò i nostri infermi sono stati sempre seguiti a cura dell'Istituto, sorretti fino al completo sviluppo fisico, instillando ad essi ed alle loro famiglie tutte quelle norme igieniche, che sono indispensabili per evitare la diffusione del terribile flagello ».

Il problema per Messina fortunatamente si avvia alla risoluzione, perchè per le forme della fanciullezza esiste un magnifico Ospizio Marino intitolato al nostro amato Duce, posto su una meravigliosa spiaggia, lambito dalle azzurre e terse onde dello Stretto, nel quale esiste una sezione chirurgica ed al quale è possibile oggi inviare tanti piccoli infermi. Per gli adolescenti e per gli adulti abbiamo fondate speranze che fra non breve si possa completare la costruzione del nostro sanatorio e quindi avere un padiglione in cui la tubercolosi esterna possa essere combattuta con i più moderni dettami dell'igiene e della terapia.

Messina, ottobre 1930, VIII.

Prof. S. Puglisi Allegra.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Rapporti tra gruppi sanguigni e inoculazioni della malaria.

Speierer (*Münch. Med. Woch.*, n. 32, 1930) riferisce, in base alla sua esperienza, sul metodo migliore per rendere il più breve possibile il periodo di incubazione nella inoculazione della malaria.

Egli ha osservato che quando esiste tra donatore e ricettore una identità di gruppi sanguigni, il periodo d'incubazione è minore: ma raccomanda sopratutto, a questo scopo, di usare inoculazioni abbondanti (30 cc. e più).

Gl'insuccessi si riducono, in questo modo, ad una proporzione minima. Tali osservazioni hanno notevole importanza, data la diffusione della malarioterapia anche nella lues iniziale e nella blenorragia. V. Serra.

È possibile un mutamento dei gruppi sanguigni per influenze terapeutiche?

Munter e Nitschke (*Med. Klin.*, n. 41, 1930) riprendendo la questione del mutamento dei gruppi sanguigni sotto l'azione di medicamenti vari, esaminato oltre 100 malati, sottoposti a lunghe cure antiluetiche.

Le loro ricerche, assai importanti per il carattere pratico-legale assunto dal problema dei gruppi sanguigni in questi ultimi tempi, sono state decisive e si possono riassumere così: neppure una volta, nel corso di tutta la cura, fu potuta osservare una modificazione dei gruppi sanguigni.

Pure altri AA. hanno citato casi di tali modificazioni: ma, secondo Munter e Nitschke, si tratta di errori di tecnica, giustificabili dalle difficoltà notevoli che s'incontrano in questa ricerca. V. Serra.

Sui nuovi metodi per la determinazione della paternità, con speciale riguardo al metodo sierologico di Zangenmeister.

Man (*Münch. Med. Woch.*, n. 37, 1930) passa in rapida rassegna i metodi oggi in uso per la determinazione della paternità.

Ricorda il metodo dell'impronta digitale, la dattiloscopia e, dopo averne esaminato tutti i vantaggi e i difetti, conclude che esso è ancora incapace di darci risultati sicuri: la sua efficacia resta per ora limitata al campo criminalistico.

La questione dei gruppi sanguigni è ampiamente trattata, e la conclusione è che — agli effetti della ricerca della paternità — la ricerca non appare completa, giacchè se ci permette di escludere un dato uomo, come padre del bimbo in questione, non ci sa dire quale sia veramente il padre: il vantaggio principale dei gruppi sanguigni resta ancora quello di ricercare il sangue adatto per compire una trasfusione.

In quanto alle ricerche di Zangenmeister, basate sull'intensità dell'illuminazione al fotometro di una miscela di due sieri (l'intensità dipende dalla presenza di molecole di albumina vaganti nel siero), esse non sono ancora complete, e vanno integrate da ulteriori indagini. V. Serra.

SEMEIOTICA.

La determinazione dell'acidità gastrica.

J. Engelberg (*Journ. des praticiens*, 6 sett. 1930) osserva che una sola determinazione di acidità del succo gastrico non ha valore, ma che è necessario conoscere la curva di acidità. A tale scopo, egli consiglia un metodo pratico che non disturba il paziente.

Invece di usare la consueta sonda gastrica, se ne adopera una da 4 mm. di diametro interno; in tal modo è agevole l'introduzione anche ripetuta. La si fa ingoiare dal malato, che sta con la bocca chiusa, come se dovesse succhiare una tettarella; con una mano ne porta un'estremità davanti alla bocca e poi la spinge, con l'altra ne tiene l'estremità libera.

Quando la sonda è nello stomaco, si estrae il liquido eventualmente presente e si introduce il pasto di prova (un panino finamente spezzettato e 300 cmc. di tè). Le estrazioni (di 10-15 cmc.) si fanno con una siringa, dopo 30, 60, 120 (o 90) minuti dalla introduzione del pasto.

Oltre al dosamento dell'acido, l'A. dà grande importanza a quello del maltosio, che si può fare col metodo di Kallos. Si diluisce una certa quantità del succo (cmc. 0,20, 0,10, 0,05) con acqua di fonte, in modo da avere delle diluizioni per cui 1 cmc. corrisponda rispettivamente a diluizioni di 5, 10, 20 per 100. Ad ognuna di esse, si aggiungono 5 gocce di KOH al 20 % e 2 gocce di solfato di rame a 1,25 % e si fa bollire; se la reazione è positiva, si ottiene un precipitato giallo-bruno, rosso-bruno. Si moltiplica il grado dell'ultima reazione positiva per la costante 0,016 e si ottiene la percentuale in maltosio. Negli stomaci iperacidi, la curva di questo va diminuendo, (in 80-100 minuti si arriva a zero), in quelli ipo- od anacidi, va aumentando (fino ad oltre 0,50%). Il valore normale è di 0,32-0,70%.

fil.

La diagnosi clinica di lues ipertrofica dello stomaco.

Baumecker (*Med. Klin.*, 42, 1930) muove una serrata critica alla frequenza con cui, oggi, si diagnostica clinicamente la sifilide dello stomaco. L'anamnesi, con i suoi dati sui

disturbi sofferti dal paziente, non è caratteristica, e potrebbe ugualmente far pensare ad un'ulcera o ad un cancro; nè la preesistenza di un'affezione luetica ha maggior significato: neppure l'esame obiettivo (tumefazione palpabile), l'ipo- o anacidità e la R. Wassermann sono elementi di sicuro giudizio: non esiste un quadro radiologico caratteristico, checchè ne dicano gli AA. Americani, e l'attesa di un miglioramento per terapie specifiche appare dubbio e non innocuo: anche un'ulcera può guarire, e che meraviglia c'è che guariscano le cosidette forme luetiche se i malati, oltre che alle terapie antiluetiche, sono sottoposti anche ad un regime regolare? Solo la gastroscopia, affidata a mani ed occhi esperti, sembra capace di darci un qualche dato caratteristico (ulcerazioni multiple, rigidità della parete, ecc.). Ma, in complesso, le varie indagini cliniche non permettono di fare che una diagnosi di probabilità. L'atto operatorio, a scopo esplorativo, dà buoni servizi, non fosse altro perchè permette di praticare una biopsia: tuttavia neppure essa ci dà la sicurezza del giudizio.

Quelle che sembravano le stigmati patognomoniche del tessuto luetico di granulazione sono in realtà comuni ad altri processi: le meso e periaortiti e le endoflebiti si trovano anche nella tubercolosi (Lubarsch): le infiltrazioni linfocitarie e gli accumuli di cellule perivasali non sono, parimenti, dimostrative.

Quanto più incerto è il reperto istologico, tanto più severa la critica diagnostica: l'unica prova sicura — la presenza di spirocheti nel tessuto — è sempre fallita.

L'A. passa in rivista la letteratura sull'argomento, riferisce un caso occorsogli in cui probabilmente, si trattava di lues, e conclude enumerando gli elementi più probativi per un processo diagnostico: 1) un'anamnesi di sifilide, la R.W. positiva e l'aumento progressivo di disturbi gastrici, interrotti da remissioni; 2) il reperto clinico: età giovane, cachessia relativamente poco accentuata, chimismo gastrico non caratteristico, reperto radiologico di microgastria, rigidità, retrazione ed event. lacune, reperto gastroscopico di atrofia della mucosa, rigidità della forma gastrica, gomma, reperto operativo che escluda l'esistenza di un neoplasma, reperto microscopico con alterazioni della sottomucosa e presenza di spirocheti pallidi. La diagnosi *ex juvantibus* — gravemente dannosa in caso di scacco — va lasciata per ultimo. V. SERRA.

L'esame radiologico nelle malattie gastriche.

L'esame radiologico è uno dei più importanti nelle malattie gastriche. Esso, come riconosce O. Porges (*Magenkrankheiten*. Urban e Schwarzenberg, edd., Berlin-Wien), assume uno speciale significato particolarmente per la diagnosi di carcinoma e di atonia gastrica. Esso viene anche molto usato per l'ulcera, sebbene non sia, in questa malattia, d'importanza capitale. Tale esame non dovrebbe essere tralasciato in nessun malato di stomaco.

D'altra parte, però, l'esame radiologico non deve essere sopravalutato; esso è soltanto un reperto, talvolta un reperto decisivo, ma permette una diagnosi soltanto se viene considerato con gli altri esami. Spesso accade che si voglia fare una diagnosi fondandosi soltanto su di esso, per cui ne viene di conseguenza che non solo i casi negativi a tale esame vengono giudicati in modo insufficiente, ma anche se il risultato è positivo, si può arrivare a deduzioni erronee se non si mette in connessione l'esame radiologico con gli altri esami. La stessa ricerca radiologica viene poi facilitata da uno studio clinico completo del malato; delle modificazioni del quadro radiologico, a cui non si era posta attenzione vengono invece rilevate dopo una precisa conoscenza del reperto clinico. *fil.*

CASISTICA.

Le malattie allergiche intestinali.

Brugsch (*Med. Klin.*, n. 39, 1930) ricorda che furono Scittenhelm e Weichhardt a parlare per primi, nel 1910, di enterite allergica. Più tardi Singer e v. Noorden citavano casi di diarree anafilattiche, attribuendole ad una irritazione tossica, agente sull'intestino per via ematica.

Oggi l'oscuro capitolo delle dispepsie, della colica mucosa, del catarro intestinale eosinofilo, della stipsi spastica va compreso nel quadro delle malattie allergiche.

La colica mucosa, per esempio o — come anche si chiama — la mixoneurosi intestinale pseudomembranacea cronica, rientra nella neurosi di secrezione dell'intestino.

Quello che dà a questa malattia l'impronta caratteristica è il reperto nel muco di cellule eosinofile o dei cristalli di Charcot-Leyden, ed è, del resto, ben noto che la colica mucosa e asma bronchiale possono alternarsi nello stesso malato.

In generale abbiamo a che fare, in questi casi, di una ipersensibilità locale dell'intestino, contro dati alimenti: tali alimenti inoltre mostrano la stessa azione sensibilizzatrice verso la cute di questi stessi malati.

Clinicamente, come si è detto, è l'eosinofilia che caratterizza tali processi: il fenomeno è tipicamente l'opposto della neutrofilia; quella indica la reazione alla proteina, questa ai batteri.

Inoltre noi possiamo essere allergici verso parassiti animali dell'intestino — come l'esempio classico dell'echinococco dimostra.

Di questo gruppo di malattie la più frequente è la stipsi spastica.

Si noti infine che l'allergia intestinale non si accompagna necessariamente a quella cutanea (orticaria, edemi, ecc.), anzi è in genere un fenomeno isolato.

Su queste indicazioni si delinea più la terapia di tali processi: terapia che si fonda sull'esclusione degli alimenti sensibilizzanti.

V. SERRA.

L'ileo riflesso nella litiasi reno-ureterale.

Non si tratta della nota sintomatologia addominale — nausee, vomiti, timpanismo con costipazione — che si accompagna alla litiasi renale, perchè in tali casi la colica nefritica richiama da sè l'attenzione del medico. La difficoltà esiste in quei casi in cui non si manifesta alcuna sintomatologia renale, mentre i fenomeni addominali dominano la scena; in questi casi un intervento chirurgico sarebbe letale, mentre l'attesa in generale risolve l'affezione addominale.

D. Denéchan e R. Prieur (*Presse Méd.* n. 69, agosto 1930) riferiscono due osservazioni in proposito. Si tratta di due individui in cui bruscamente insorgono dei dolori addominali, non spontanei ma in seguito a strapazzi. Questi dolori, a sede iniziale nella regione lombo-addominale, si diffondono al fianco e all'addome; sono di notevole intensità, tanto da strappare il pianto ai pazienti.

Altro sintomo è il vomito, dapprima alimentare, poi acquoso o biliare, mai fecaloide; è variabile, ma non costante.

Terzo sintomo è l'arresto delle feci e dei gas; il paz. non accusa però questo arresto, ma sente il bisogno incessante e doloroso di defecare.

Ultimi sintomi sono quelli disurici e vescicali.

Obbiettivamente si riscontra un meteorismo addominale, generale o localizzato; non si nota alcuna onda peristaltica nè borborigmi; vi è «un silenzio veramente impressionante». Alla palpazione vi è dolore diffuso ed una difesa addominale che ricorda da lontano quella propria delle peritoniti; alla percussione, timpanismo, che può far scomparire l'aia epatica.

I segni generali sono poco intensi; il viso assume un po' la maschera peritoneale, il polso è celere, la temperatura può giungere a 38-39°.

L'evoluzione è sempre la stessa in tutti i casi. Ad una sintomatologia brusca e grave del primo momento, succedono sintomi anche più intensi, e tali da procurare al medico, che non interviene chirurgicamente, momenti di angoscia; in seguito però si cominciano ad emettere dei gas e delle feci, i sintomi più gravi si attenuano, ed il paziente migliora, spesso emettendo un calcolo che non era sospettato.

Da quanto è stato riferito, la diagnosi differenziale tra l'ileo riflesso ed una occlusione è molto difficile; inoltre tale affezione può essere confusa con coliche epatiche, appendiciti ecc. Per pensare con fondatezza all'ileo riflesso da litiasi uretero-renale bisogna ricordare che le crisi dolorose insorgono generalmente dopo uno strapazzo; il dolore precederà di qualche ora l'arresto dei gas e delle feci; lo stato generale non è quello d'una occlusione intestinale.

L'esame delle urine dovrà essere ripetuto spesso, perchè può essere normale dapprima.

La radiografia potrà portar un decisivo contributo diagnostico.

Come trattamento, allorchè è stata confermata la diagnosi di ileo riflesso da litiasi reno-ureterale, bisognerà attendere, astenendosi da qualsiasi intervento operatorio.

L. CARUSI.

Ernia interna dell'intestino attraverso ad una lacuna congenita del grande omento.

K. Martloff (*Surg., Gyn. and Obst.*, 1930) ha operato d'urgenza un malato con sintomi di occlusione intestinale, in cui l'occlusione intestinale si era formata dall'ernia di un'ansa del tenue attraverso ad una lacuna congenita del grande omento. Altre lacune minori si trovavano nel grande omento. Tali casi sono rari (15 in tutto) e generalmente dovuti a fatti congeniti. In un caso di Lesinti la lacuna si era formata per la necrosi luetica (gomma) di un tratto omentale e di lì era passata l'ansa intestinale.

V. GHIRON.

L'appendicite traumatica.

L'infiammazione traumatica di un'appendice normale e sana deve essere considerata come un'evenienza molto rara. Secondo K. Lutz (*Deut. med. Wochens.*, 1930, n. 16) essa va ammessa soltanto quando vi siano segni netti di traumatismo dei tessuti esterni o nella sierosa o nella muscolatura. Inoltre si deve ammettere un rapporto causale di tempo con una infezione spontanea. Necessario per la diagnosi è il riconoscimento di un trauma locale di intensità sufficiente. Il fatto che siano trascorsi diversi giorni dal trauma depone contro l'ammissibilità di esso come momento eziologico. Non si può negare la possibilità di un peggioramento secondario in una appendice già infiammata e modificata.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento del morbo di Flaiani-Basedow.

A. Troell (*Acta medica scandinava,* 30 maggio 1930) riferisce su 378 casi di tireotossicosi, in cui vi era il 12 % di uomini e l'88 % di donne. Nella diagnosi l'A. dà grande importanza al metabolismo basale.

Il 70 % dei gozzi tossici della statistica van-

no classificati come: 1) gozzo diffuso di Basedow (gozzo esoftalmico di Plummer) ed il resto come: 2) gozzo adenomatoso con tireotossicosi. Il grado di tireotossicosi raggiungeva il 55 % nella prima categoria ed il 40 % nella seconda; il valore del metabolismo basale era rispettivamente di + 178 nella prima e + 76 nella seconda. Queste differenze corrispondono ad un quadro clinico e ad una prognosi più grave nel primo caso che nel secondo.

Le indicazioni operatorie differiscono nelle due categorie; soltanto 1/4 dei casi della seconda venne operato unicamente a causa della tireotossicosi, il resto anche per disturbi di natura meccanica. I malati molto intossicati della prima categoria vennero operati quando la tireotossicosi era abbastanza regredita con un trattamento preoperatorio e non mai durante il periodo ascendente del metabolismo basale.

I casi di morbo di Basedow senza gozzo vanno trattati come gli altri; il sospetto puramente clinico viene avvalorato dall'ascoltazione di un fremito vascolare in corrispondenza dei poli superiori della tiroide.

Trattamento preoperatorio. — Riposo in letto con somministrazione di bromuri, chinina, calcio e, nei casi della prima categoria, di soluzione di Lugol. Nella maggior parte dei casi basta la somministrazione del Lugol per un paio di settimane; la terapia con tale rimedio ha diversi vantaggi: abbrevia il periodo di soggiorno dei malati all'ospedale, diminuisce i pericoli dell'intervento e rende operabili dei casi che non lo erano. Eccezionalmente si ricorrerà, nei casi gravi, alla trasfusione di sangue.

Il *procedimento operatorio* di scelta è la strumectomia subtotale in un tempo; la resezione bilaterale è il metodo più sicuro in caso di adenoma solitario a sintomi tossici. Come anestesico, l'A. dà la preferenza alla novocaina con adrenalina; soltanto nelle recidive consiglia la narcosi all'etere, per le difficoltà operatorie. Dopo l'intervento si somministra un goccia a goccia rettale di un litro di soluzione di glucosio al 5/100 con 20 gocce di tintura di oppio e 30 gocce di Lugol. La strumectomia in più tempi è diventata superflua da quando si usa il trattamento preoperatorio col Lugol.

La mortalità operatoria si è abbassata al 2,2 per cento.

Risultati lontani (1-9 anni dopo l'intervento). Nel 51 %, salute perfetta; nel 39 %, capacità lavorativa completa, pur avendo qualche disturbo. Nel 6 %, recidive, per insufficiente asportazione di tiroide. L'aumento del metabolismo basale ed il dimagrimento sono i sintomi maggiormente influenzati dalla strumectomia: più lentamente migliorano i sintomi nervosi e cardiaci (anche dopo anni), e così pure l'esoftalmo, in quelli che lo presentavano.

Si può avere in qualche caso dell'ipotiroidismo, come conseguenza della strumectomia subtotale, specialmente nei malati che avevano subìto un trattamento radioterapico. In tali casi, il trattamento con la tiroxina, sotto il controllo del metabolismo basale, dà risultati soddisfacenti. *fil.*

Lo jodio nel morbo di Flaiani-Basedow.

In generale gli autori americani considerano che il trattamento medico nel morbo di Flaiani-Basedow costituisca soltanto la preparazione per l'operazione. H. Zondek, invece (*Klin. Wochenschr.*, 5 aprile 1930), ritiene che, con esso, si possano portare a guarigione i pazienti con dimagrimento moderato, con aumento del metabolismo non superiore al 20 % e cuore in buono stato, con portata sanguigna non superiore a 6 litri per minuto. In questi casi, con pazienza, riposo a letto per parecchie settimane o mesi, dei calmanti (1/4 di mg. di solfato d'atropina al giorno), di forti dosi di chinina, si riesce ad ottenere la guarigione.

Nei casi più gravi si somministra la soluzione di Lugol (ad 1 g. di jodio e 2 di joduro di potassio per 100), in quantità di V a VIII gocce, 5 volte al giorno. Si continua fino a che si verifichi un miglioramento clinico, cioè fino a che il peso incomincia ad aumentare. Bastano, perciò, una diecina di giorni; allora si diminuisce la quantità: 3 volte al giorno III gocce, continuando per 5-8 settimane o anche più. Durante le mestruazioni lo jodio va sospeso.

Se, invece di miglioramento, si osserva un aggravamento dei sintomi (aritmia, extrasistoli, diminuzione dell'appetito, aumento del metabolismo), lo jodio può essere diminuito od aumentato; in qualche caso è bene darlo sotto forma di joduro di potassio (3 volte al giorno, V gocce della soluzione a 1/20). In alcuni malati tale metodo può portare alla guarigione; esso però va eseguito in clinica e non lasciato all'arbitrio del malato stesso.

La durata varia da 7 settimane a 5 mesi. Il miglioramento può essere rapido o lento e si accompagna ad abbassamento del metabolismo e ad aumento dei depositi di sangue negli organi.

In alcuni gozzi colloidali le dosi di jodio devono essere minime (2 volte al giorno, un cucchiaino di una soluzione di 4 mg. di joduro di potassio in 200 cmc. di acqua).

Il metodo dell'A. può così sovente risparmiare l'operazione. *fil.*

Sindrome di Basedow curata con iniezioni di sangue d'animale.

Si deve a Bier l'idea di curare i basedowiani con iniezioni alternate di sangue di bue e di montone.

A. Zimmer (*Deut. Mediz. Woch.* LVI, 15, aprile 1930) della scuola di Bier riferisce i risultati ottenuti con tale metodo di cura su

62 casi di Basedow. Egli divide i malati in tre gruppi: 23 casi gravi con metabolismo basale + 55 % sono stati tenuti in osservazione per 12 mesi dopo il trattamento. In essi il M. B. è caduto a + 35 %, le pulsazioni diminuirono da 112 a 89; il peso aumentò in media di 11 Kgr.; 23 casi con M. B. in media + 42 %; dopo il trattamento il M. B. si ridusse a 21 %, il polso da 102 scese a 85, il peso aumentò in media di Kgr. 7,500. Il terzo gruppo, costituito dai casi più leggeri si giovò ugualmente del trattamento, il quale consiste nell'iniettare sangue defibrinato di montone e di bue nelle natiche nella dose di 3 a 5 cmc.

Tale metodo ha apportato anche un miglioramento nella sintomatologia generale (sudori, tremori, alopecia, diarrea) e sullo stato generale; nessun efficacia si nota per l'esoftalmo e sul volume del gozzo, e così pure sui disturbi cardiaci tossici.

La controindicazione di tale metodo è costituita da una rapida caduta ponderale in alcuni basedow jodici.

Tali incoraggianti risultati nella cura del morbo di Basedow sono infirmati da W. His (*ibidem*) il quale riferisce di aver applicato il metodo di Bier in 18 basedowiani, senza poter notare alcuna guarigione, nè alcun miglioramento netto, se si accettua qualche miglioramento lieve, transitorio.

E tali risultati in contrasto con quelli ottenuti da Bier e suoi collaboratori sembrano molto strani all'A. il quale s'è messo nelle stesse condizioni ed ha usato il medesimo metodo di Bier. L. CARUSI.

Il trattamento dell'insufficienza tiroidea.

G. R. Murray (*Practitioner*, giugno 1930) passa in rivista le diverse preparazioni di tiroide, rilevando che 6 cg. di tiroide secca oppure 1/2 cmc. di estratto glicerico di tiroide sono sufficienti per mantenere in buono stato un paziente con tiroide non funzionante. Vi corrispondono mg. 0,4-0,5 di tiroxina; quest'ultima, che rappresenta l'ormone della ghiandola è però di estrazione costosa; col primo processo di Kendall si estraevano soltanto 11 grammi di tiroxina da una tonnellata, circa, di tiroide; col processo di Harrington, dalla stessa quantità si estraggono 270 grammi.

Il trattamento del mixedema, come delle forme lievi di ipotiroidismo nell'adulto va fatto in due stadî. Da principio, si regolerà il trattamento in modo da eliminare al più presto i sintomi senza pericolo od inconveniente per il paziente. Più lunga è la durata della malattia, più a lungo durerà questo stadio. Incomincia poi il secondo stadio, in cui si fissa una dose giornaliera tale da mantenere il paziente in buono stato di salute senza segni di ipotiroidismo. Il paziente deve cooperare col medico per la riuscita di questo secondo stadio e deve considerare che la tiroide costituisce per lui un alimento necessario giornaliero.

Il primo stadio durerà 4-6 settimane; nei casi molto avanzati e nel mixedema, il paziente verrà sulle prime tenuto in letto. Nella prima settimana si daranno 3 cg. di tiroide secca per ogni notte, nella seconda 6 e nella terza 12.

Nelle forme più leggere di ipotiroidismo, si incomincerà subito con 6 cg. e se ne daranno 12 nella seconda settimana. Prendere tutti i giorni il polso e la temperatura e, tutte le settimane il peso. Dopo la prima settimana, si deve avere: diminuzione degli edemi, aumento della temperatura e del polso, di circa 10 battiti al minuto; se non si hanno tali effetti, significa che la dose di tiroide è troppo piccola o che la preparazione è inattiva. D'altra parte, se la dose è troppo forte si ha aumento della frequenza del polso fino a 90-100 con palpitazioni. Altri sintomi di dose troppo forte sono: perdita di peso, dolori agli arti, nausea e vertigini. Può essere utile la determinazione del metabolismo basale.

Per il secondo stadio, che dura quanto la vita del paziente, si daranno, in genere 6-12 cg. di tiroide secca o 1/2-1 cmc. di estratto. La dose va diminuita durante la stagione calda ed aumentata piuttosto nell'inverno; così pure va diminuita durante una malattia acuta.

Nei casi complicati il trattamento è più difficile e meno redditizio. Se vi è degenerazione miocardica o malattia delle coronarie, s'impone il riposo in letto ed una ripresa molto graduale dell'esercizio; sul principio, la dose di tiroide sarà molto ridotta (metà delle dosi precedenti) e la si accompagnerà con tintura di digitale ed arsenico. Se vi è ateroma arterioso, si possono avere durante il trattamento degli accessi di *angina pectoris;* in questi casi, si prescriverà un lungo riposo e l'uso dei vasodilatatori (trinitrina a 1/200). Nei casi avanzati, non è rara la complicazione di nefrite, con elevata azotemia; si darà allora una dieta scarsa di proteine e si ridurrà la dose di tiroide.

Nel cretinismo sporadico o mixedema infantile, si tratta di atiroidismo o di ipotiriodismo, secondo i casi. Per i bambini sotto 1 anno si incomincierà con 1-2 gocce di estratto tiroideo per aumentare gradatamente fino a 1/2 cmc. Il trattamento va sospeso se si ha tachicardia, inquietudine, insonnia, sudori, diarrea. Nella maggior parte dei casi, pure avendosi notevoli miglioramenti, l'intelligenza rimane sotto la normale, sicchè si impongono speciali metodi educativi. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

Dell'educazione fisica.

L'educazione fisica, dice Marcel Labbé nella prefazione del suo libro (*Journ. Méd. de Paris*, n. 38, sett. 1930), è una parte principale dell'educazione intellettuale. L'antico aforisma: « mens sana in corpore sano » trova tutta la sua giustificazione anche ai nostri giorni, malgrado che in qualche tempo fu ri-

tenuto riprovevole dagli intellettuali la cultura del corpo.

Già qualche anno fa l'A. osava affermare che gli sports offrono il vantaggio di moralizzare la giovinezza, e da una inchiesta fatta da una Commissione per stabilire l'utilità o meno dell'educazione fisica negli scolari, una convinzione emerge: la cultura fisica è buona ed è necessaria.

Ma dall'inchiesta condotta sugli sports di tutte le nazioni, un altro fatto è evidente: non esiste alcun paese del mondo in cui vi sia un metodo uniforme sull'educazione fisica. Di qui la necessità d'un *Trattato d'educazione fisica*, che senza idee preconcette, ma ispirato ad un eclettismo di osservazione, potesse fornir un indirizzo preciso nell'educazione fisica, inteso nel senso non di scoprire il miglior metodo di educazione fisica, ma di far entrare nella vita quotidiana la pratica della cultura fisica, adattandola alle possibilità fisiologiche, economiche e morali di ciascuno. Sotto questo punto di vista la ginnastica acquista quell'interesse educativo ed igienico che necessita al perfetto sviluppo del corpo ed all'armonia degli organi. Tutti gli scopi che si prefigge la ginnastica, tutte le alterazioni che cerca di correggere o le deficienze che cerca di sviluppare, sono trattate con un criterio scientifico da un medico che alla ginnastica ha dedicato tutto il suo interessamento.

La difficoltà sta nell'organizzazione d'un metodo di ginnastica. La ginnastica svedese ha avuto molti partigiani, ed è praticata con successo in molte nazioni; ma l'A. non crede per diverse ragioni, più psicologiche che fisiologiche che l'adozione del metodo di Ling possa risolvere la questione della cultura fisica. In questi casi è da preferire il metodo di Hébert, o di ginnastica naturale, che utilizza i movimenti e gli atti più necessari alla vita dell'uomo: correre, saltare, arrampicarsi, lottare, nuotare, lanciare, ecc.

Violenti critiche sono state fatte agli sports, e si sono accusati di produrre affaticamento, dilatazione del cuore, disturbi renali, dimagrimento, spossatezza generale e predisposizione alla tubercolosi. Senza disconoscere che alcuni sports, che necessitano di sforzi violenti o prolungati, possono essere pericolosi, bisogna riconoscere molta esagerazione nelle critiche; tuttavia alcuni di questi sports non possono essere accessibili a tutti, nè sono privi di qualche pericolo. D'altronde è difficile stabilire un limite tra il giuoco o l'esercizio e gli sports: uno stesso sports può essere più o meno dannoso, a seconda che sia fatto in un modo o nell'altro.

In conclusione è da riconoscere che attualmente vi è una ripresa negli sports; ma mentre alcuni esercizi sono seguiti con ardore, altri invece sono morti, ed erano quelli che rendevano maggiore utilità all'organismo.

Questa battaglia condotta dall'A. a pro dell'educazione fisica merita di essere apprezzata molto anche da noi, a cui l'attuale rinascita e l'interesse per gli sports ha raggiunto un notevole sviluppo, ed è entrato nella coscienza di tutti i giovani.

L. CARUSI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. B. da T.:

Dalla metà di marzo p. v. alla metà di aprile si terrà, secondo ogni probabilità, un corso accelerato di clinica della tubercolosi per medici condotti presso l'Istituto Benito Mussolini.

Il corso, che quest'anno durerà un mese anzichè soli quindici giorni, si comporrà di un certo numero di lezioni teoriche, e di un periodo di esercitazioni pratiche presso l'Istituto suddetto e presso altri sanatorii.

G. M.

VARIA.

Il chirurgo dev'essere sensibile?

In genere nel pubblico il chirurgo spesso è considerato senza pietà, brutale, a causa del suo intervento che il più delle volte è cruento e doloroso.

Perchè, si domanda A. Rodiet (*Gaz. d. hôp.* n. 71, sett. 1930), uno studente si specializza in chirurgia? E' una naturale inclinazione che lo consiglia; spesso dipende dall'educazione che ha ricevuto in famiglia, ove il padre od un parente sono stati chirurghi o medici. In seguito nella sala operatoria si forma il carattere del chirurgo: alcuni non resistono, e cedono, altri invece si affezionano a questa branca. I primi sono posseduti da una emotività, da una sensibilità esagerata, a cui non sanno opporre la propria volontà; i secondi invece acquistano quel sangue freddo che permette loro di essere padroni di sè stessi, il che costituisce la qualità principale per un buon chirurgo.

Questa qualità però non dispensa il chirurgo dal rendersi conto delle sofferenze umane, o di quelle che potrà produrre al suo paziente. Prima di operare egli dovrà rassicurare il suo paziente della buona riuscita dell'operazione, e dell'esito di essa, in modo che il paz. possa avere completa fiducia.

Ma dopo questo momento, egli non dev'essere più sensibile, e condurre l'operazione con quel discernimento tranquillo che allontana qualsiasi emotività. Egli deve tener presente soltanto l'interesse del suo malato e cercar di applicare tutta la sua scienza per diminuire il rischio operatorio.

L. CARUSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Secondo Congresso Provinciale Milanese delle Mutue sanitarie.

Nell'Aula Magna della Casa del Fascio a Milano, si è svolto il 9 nov. il 2° Congresso Provinciale delle Mutue Sanitarie.

L'on. Peverelli si augurò che ogni mutualista porti il suo contributo di attività in maniera da sentirsi della sua organizzazione parte fattiva e integratrice.

L'avv. Lo Passo lesse la relazione del Direttorio stesso.

Dopo avere in sintesi esposto il lavoro preparatorio compiuto per arrivare con la maggior possibile rapidità all'inquadramento federale delle Mutue sanitarie, il Direttorio espone i criteri di massima seguiti nella compilazione dello statuto tipo e relativo regolamento, che vennero inviati ai presidenti delle Mutue, chiedendo sui medesimi il loro parere. Poche osservazioni pervennero al Direttorio, nel mentre la grande maggioranza delle Mutue comunicarono che le norme direttive stabilite dall'Unione rispondevano — salvo qualche riserva di indole locale — alle esigenze delle Mutue ed alle aspirazioni dei mutuati.

Alcune Mutue avrebbero voluto che l'assistenza non fosse limitata alle sole malattie acute, ma estesa anche alle forme tubercolari; ma ciò non è possibile sia per l'esistenza di una legge speciale per la lotta contro la tubercolosi e conseguente assicurazione obbligatoria, sia per non sconfinare dal campo in cui la mutualità deve operare.

Altre mutue osservarono che per gli operai la Mutua sanitaria verrebbe a rappresentare un doppione, in quanto essi sono iscritti obbligatoriamente alla propria cassa professionale. Giova però osservare che generalmente le casse professionali danno l'assistenza sanitaria medico-fiscale e solo eccezionalmente l'assistenza curativa, che è scopo precipuo delle Mutue.

Altre ritengono troppo alte ed altre troppo basse le quote di associazione; altre ancora vorrebbero che l'impegno del socio fosse annuale e non biennale e che l'assistenza curativa venisse data appena avvenuta l'iscrizione.

A tutte queste osservazioni la relazione del Direttorio ribatte esaurientemente con dati di fatto, passando quindi all'esame dei vari regolamenti: sanitario, ostetrico, farmaceutico e ospedaliero, per concludere con la persuasione che il tempo e la pratica applicazione delle norme ora stabilite, serviranno di guida a rendere sempre migliore l'attuale inquadramento.

Seguì una discussione animata. L'on. Peverelli promise che tutte le osservazioni fatte verranno minutamente esaminate dal Direttorio e che nessuna modificazione verrà imposta a quegli statuti locali che corrispondono in pieno al normale e lodevole funzionamento delle Mutue.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADELFIA (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

AMANDOLA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 gen.; L. 7700 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. forese L. 1000, indenn. laurea L. 500, cavalc. lire 2700. Le condotte sono due, oltre una chirurgica.

AVELLINO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico e direttore del dispensario del capoluogo; L. 12.000 oltre L. 3500 serv. att.; 4 quadrienni dec. Scad. ore 12 del 15 gennaio.

BAGNOREGIO (*Viterbo*). — Scad. 10 dic.; 1ª zona; L. 9500 oltre L. 600 c.-v., 5 quadrienni dec., addizionale L. 4 oltre 1000 poveri; tassa L. 50.

BARI. *R. Prefettura.* — Due posti per Ufficiale Sanitario: uno per il Consorzio obbligatorio fra i comuni di Sannicandro di Bari con Cassano Murge; l'altro per Consorzio obbligatorio fra i comuni di Casamassima con Adelfia. Per titoli ed esami. Per ciascun posto stipendio annuo iniziale L. 15.000 aumentabile con quattro aumenti quadriennali del decimo sullo stip. iniziale. Divieto sia all'uno che all'altro della libera professione tranne la consulenza e la direzione di un laboratorio micrografico. Le domande in carta bollo L. 3 ed i prescritti documenti (il cui elenco e formalità potranno conoscersi richiedendo i rispettivi bandi di concorso) debbono pervenire all'Ufficio del Medico Provinciale, R. Prefettura di Bari, non oltre le ore 12 del 30 dicembre 1930.

BARI. *R. Prefettura.* -- Ufficiale Sanitario e Capo dell'Ufficio d'Igiene di Monopoli. Per titoli ed esami. Scadenza ore 12 del 30 dicembre 1930. (Vedi prec. N. 47).

BIBBIENA (*Arezzo*). — Scad. 5 gen. 1931; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

BOLOGNA. *Clinica delle Malattie nervose e mentali alla R. Università.* — Due posti di assistente, di nomina dell'Amministrazione Provinciale; titoli ed esami; L. 7800; nomina annua. Scad. 15 dicembre. Età lim. 45 anni. Chiedere annunzio.

BRINDISI. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Scadenza 31 dicembre 1930. (Vedi prec. N. 47).

BUDRIO (*Bologna*). — Scad. 31 dic.; due condotte; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., eventualm. c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASAMASSIMA (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

CASSANO MURGE (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

CRESCENTINO (*Vercelli*). — Per titoli. Medico-chirurgo-ostetrico, per la seconda condotta. Stipendio L. 7000. Indennità di mezzi trasporto, ambulatorio, caro viveri, come di legge. Documenti come di rito, legalizzati. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza ore 17 del 24 dicembre.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per 3 consorzi; scad. 10 dic. Rivolgersi Ufficio del medico provinciale.

GUIDIZZOLO (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., c.-v., L. 500-1800-2500 trasp.

MERCOGLIANO (*Avellino*). — Scad. 18 gen.; lire 6000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc. (in corso di approvaz.). Età lim. 40 a.

MERETTO DI TOMBA (*Udine*). — Stipendio L. 8000, più L. 500; più L. 3000; più L. 900. Tassa L. 50. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza 20 dicembre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Vice-primario medico specialista nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Em. III presso Garbagnate Milanese; obbligo di permanenza dalle ore 8,30 alle ore 11.30 di ogni giorno; L. 7300 oltre indenn. trasferta L. 2000, L. 20 e vitto nei giorni di guardia di 24 ore; trasporto gratuito. Nomina triennale; 4 conferme triennali. *Curriculum vitae* in 5 copie. Età lim. 35 a. Docum. a un mese dal 12 nov. Titoli ed esami. Scad. ore 16 del 30 dic. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5).

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — Medico direttore degli Istituti elioterapico-chirurgico-ortopedico e profilattici in Pietraligure (Savona); stip. L. 4000 oltre indenn. residenza L. 10.000, alloggio d'obbligo in luogo; età lim. 35-50 (54) a.; scad. ore 17 del 16 dic.; docum. rilasciati nel trimestre anteriore; tassa L. 50; rivolgersi all'Ufficio di Protocollo (via Cesare Correnti 13, Milano).

MONOPOLI (*Bari*). — Vedere Bari.

MONTICELLO (*Como*). — Scad. 20 dic.; L. 8700 e 4 quinquenni di L. 900 oltre L. 1200 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

NOTARESCO (*Teramo*). — Scad. 31 dic.; L. 8000 e quadrienni di L. 500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

SAN NICANDRO (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

S. NICOLA DA CRISSA (*Catanzaro*). — L. 7500 e 5 quadrienni; scad. 8 dic.

S. LUCIA DI TOLMINO (*Gorizia*). — Scad. 15 gen.; con Gracova Serravalle; L. 11.000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., L. 3000 automob., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SAN VALENTINO D'ABRUZZO (*Pescara*). — Scad. 3 mesi dal 18 ott.; con Turrivalignani; L. 8000 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 5 oltre 500 pov., ecc.; età lim. 40 a.

SEMESTENE (*Sassari*). — Scad. 20 dic.; L. 12.300 complessive; 4 quadrienni dec.

TORINO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Vice direttore; L. 22.000 oltre L. 5000 indenn. servizio. Scad. 15 dic.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Aiuto anatomo-patologo. Assegno annuo lorde L. 12.000, con 5 aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro viveri; emolumenti per ricerche di Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VENDROGNO (*Como*). — Scad. 1° gen.; L. 13.500 oltre c.-v. L. 720.

VIADANA (*Mantova*). — Scad. 15 gen., per Cizzolo; L. 10.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 1800 trasp.

VIMERCATE (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo assistente; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; alloggio ovvero indenn. L. 1500; compartecipaz. Scad. ore 16 del 10 dic. Tassa L. 50. Età lim. 32 a. Docum. a 90 giorni. Chied. annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. G. Coen-Cagli di Roma è nominato presidente onorario del 1° Congresso Stomatologico Internazionale — che avrà luogo a Budapest nel settembre 1931 — in considerazione delle sue benemerenze nei riguardi della stomatologia. Rallegramenti.

Il dott. Miguel Salles è nominato direttore dell'Istituto di Medicina legale di Rio de Janeiro.

La borsa di studio Cardenal, dell'importo di 4000 pesetas (circa 11.000 lire it.), è stata assegnata al dott. Francisco Gimero Vidal, affinchè possa seguire dei corsi di perfezionamento a Vienna.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

L'inaugurazione del nuovo anno accademico presso l'Associazione Medica Triestina.

Conferenza del prof. Fasiani.

Il 7 novembre alle ore 20 ebbe luogo l'inaugurazione del nuovo anno accademico presso l'Associazione Medica Triestina, Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici, con l'intervento di numerosissimi soci, fra i quali quasi tutti i Primari e Liberi docenti della città. Presenziava al convegno pure il chiarissimo prof. G. M. Fasiani, titolare della Clinica chirurgica della R. Università di Padova.

Aperta la seduta, il presidente dott. Cofleri espose con brevi parole le direttive dei lavori del sodalizio nel prossimo anno con particolare riguardo alla medicina sociale. Nel programma dei lavori sono comprese numerose lezioni di Maestri e di clinici italiani. Alla fine del suo discorso il presidente ricordò con commosse ed affettuose parole due soci recentemente deceduti, i dott. Gandusio e Addobbati.

Iniziò quindi la preannunciata lezione il prof. Fasiani sul tema « Stasi duodenale cronica ». Con chiara e precisa parola l'oratore tracciò la patologia, la sintomatologia e la terapia chirurgica della stenosi duodenale cronica, affezione questa conosciuta principalmente per i lavori suoi e della sua Clinica. Con l'ausilio di nitide diapositive l'oratore passò in rassegna le malformazioni congenite del duodeno, la ptosi viscerale duodenale in particolare, le briglie peritoneali congenite e le aderenze di origine infiammatoria, quali cause di occlusione cronica del duodeno. L'O. affer-

mò essere però la causa più frequente di tale affezione la compressione per opera dell'arteria mesenterica superiore e rilevò infine l'atonia duodenale come causa di stasi. Il prof. Fasiani ebbe occasione di operare vari casi del genere di cui narrò le interessantissime storie, e descrisse la tecnica operatoria seguita. L'O. parlò infine della sintomatologia dell'affezione che si presenta con due ordini di segni: generali come cefalea, malessere, deperimento; e speciali dati da sensazione di pienezza, vomito biliare, stitichezza.

La brillante esposizione della malattia ancora poco conosciuta interessò vivamente il numeroso uditorio che rimeritò l'illustre e dotto oratore con calorosissimi applausi. T.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di tecnica sanitaria e di igiene urbanistica.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Milano dal 20 al 26 aprile, sotto l'alto patronato del Re; presidente onorario ne è il Capo del Governo, presidente effettivo il conte sen. Pier Gaetano Venino. I lavori saranno ripartiti in 6 sezioni; verranno svolti i temi seguenti:

Sezione 1ª: *Generalità*: 1) Fisiologia, Patologia umana e Microbiologia nei loro rapporti con l'Ingegneria Sanitaria. 2) Infezioni: nelle città e nelle campagne. Sorgenti e modi di infezione; trasmissione; regole e dispositivi di profilassi generale delle malattie infettive. 3) Disinfezione: principî, processi, apparecchi per i servizi di uso pubblico e privato.

Sezione 2ª: *Tecnica sanitaria urbana*: 1) Costruzione, pavimentazione, manutenzione igienica della strada. 2) Igiene dei mezzi di trasporto urbani. Stazioni ferroviarie. 3) La difesa contro i rumori e la trepidazione nelle case e negli stabilimenti industriali. La difesa contro i rumori stradali. Provvedimenti per attenuarli.

Sezione 3ª: *Tecnica sanitaria delle costruzioni - Abitazioni ed edifici pubblici*: 1) Distribuzione degli spazi liberi e delle zone fabbricate nello studio dei piani regolatori. 2) Moderni criteri per la costruzione di ospedali e sanatori. Fognatura, disinfezione, smaltimento dei materiali di rifiuto. 3) Abitazioni collettive: case operaie, abitazioni economiche. Provvedimenti per attenuare i difetti igienici delle case ad appartamenti multipli.

Sezione 4ª: *Tecnica sanitaria rurale e coloniale*: 1) Provvedimenti igienici per le costruzioni rurali con particolare riguardo agli scarichi delle acque luride. 2) L'approvvigionamento idrico nelle campagne. 3) La tecnica sanitaria e l'igiene nelle colonie.

Sezione 5ª: *La tecnica sanitaria nelle officine e nei laboratori*: 1) Impianti igienici negli stabilimenti industriali Protezione collettiva e individuale. 2) Ventilazione, riscaldamento, illuminazione con particolare riguardo alle differenti industrie ed ai locali pubblici: teatri, cinematografi, alberghi, bagni, ecc. 3) Eliminazione dei rifiuti industriali.

Sezione 6ª: *Legislazione sanitaria - Provvidenze sociali*: 1) I più recenti provvedimenti di legislazione sanitaria per le città e per gli agglomerati, per le industrie, per le abitazioni, per i cimiteri. 2) Impianto e funzionamento dei casellari ecografici e tecnografici municipali per la vigilanza igienico-edilizia nelle grandi città. 3) Assicurazioni sociali.

Tassa d'iscrizione per aderenti individuali L. 75 (per le persone di famiglia L. 50).

Al Congresso sarà unita un'importante Mostra, nei padiglioni della Fiera campionaria; sarà aperta dal 12 al 27 aprile.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Segreteria generale, piazza del Duomo 17, Milano.

6° Congresso medico per gl'infortuni sul lavoro.

Il VI Congresso internazionale per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali avrà luogo a Ginevra nell'agosto 1931-IX, come abbiamo annunziato.

Per determinare una nuova affermazione politico-scientifica dell'Italia, la Cassa Nazionale Infortuni ha reputato di dovere, come periodica sintesi della sua particolare attività scientifica e quale contributo dell'Italia alla soluzione dei problemi che assillano gli scienziati di tutto il mondo, prendere l'iniziativa dell'organizzazione della partecipazione dell'Italia al Congresso di Ginevra.

La Cassa Nazionale Infortuni ebbe l'orgoglio di veder coronata da grande successo politico-scientifico dell'Italia la propria fatica per l'organizzazione della partecipazione dei medici italiani, al V Congresso Internazionale del 1928 a Budapest, nel quale essi all'ammirazione dei colleghi rappresentanti di ogni parte del mondo si imposero non soltanto per la numerosa presenza, ma sopratutto per il valore scientifico dei loro studi e delle comunicazioni portate all'esame del Congresso e per la genialità delle loro discussioni orali. È opportuno ricordare che la Delegazione governativa per incarico del Capo del Governo fu presieduta e guidata dal sen. Carlo Bonardi, presidente della Cassa Nazionale Infortuni.

Onde la Cassa Nazionale Infortuni, con l'assenso dei Ministeri degli Esteri e delle Corporazioni, si è ora assunto il compito di organizzare la partecipazione dell'Italia anche al VI Congresso di Ginevra, promuovendo e disciplinando largo ed autorevole intervento dei nostri scienziati medici, i quali dovranno brillare per larga presentazione di memorie e comunicazioni di alto valore scientifico.

Il presidente della Cassa Nazionale Infortuni sen. Bonardi ed il direttore generale gr. uff. Calamani hanno riunito nella sede dell'Istituto i rappresentanti dei vari Ministeri, delle organizzazioni sindacali, degli Enti di assicurazione e di assistenza sociale.

A conclusione dell'importante riunione e della proficua discussione avvenuta, i rappresentanti tutti gli organismi invitati si sono costituiti in Comitato di propaganda e di azione, sotto la presidenza del sen. Bonardi.

I medici italiani debbono rivolgersi per qualsiasi informazione alla presidenza della Giunta Esecutiva del Comitato di propaganda e di azione presso la Cassa Infortuni in Roma.

4° Congresso nazionale talassoterapico.

Il Raduno della Sezione Talassoterapica della Società Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, che doveva aver luogo a Trieste nel mese di settembre, è stato rimandato per non intralciare lo svolgimento degli altri numerosi

Congressi che avevano luogo durante lo stesso periodo (Congresso di Rodi, Congresso delle Scienze a Bolzano, Congresso Internazionale di Liegi). Si è ora fissata la data del 24-26 aprile 1931. Tema di relazione è: « Metodi di ricerche sui risultati prossimi e lontani delle cure marine »; relatori sono i dottori Gioseffi di Parenzo e Gandolfo di Pescara.

Numerose comunicazioni sono già pervenute e adesioni assicurate. Nei giorni 25 e 26 aprile i congressisti verranno condotti a mezzo di comode autocorriere o torpedoni, lungo tutta la costa dell'Istria. Verranno visitate tutte le stazioni climatiche e balneari nonchè le istituzioni sanatoriali.

Tassa d'iscrizione L. 50 (per famigliari la metà), con diritto al 30 % di ribasso ferroviario già assicurato e al viaggio di due giorni in Istria.

Chiedere informazioni al Comitato Organizzatore del Congresso Talassoterapico 1931, Trieste, Ospedale Regina Elena, Sindacato Fascista Medici.

1° Congresso romeno sulla tubercolosi.

Avrà luogo durante la ricorrenza della Pentecoste del 1931, per iniziativa della Società di profilassi della tubercolosi, con cui è collegato il Circolo per lo studio della tubercolosi.

Alla testa del Comitato esecutivo è il prof. Cantacuzène; segretario generale è il sig. Naste.

Temi all'ordine del giorno: Situazione della tubercolosi in Romania; Collassoterapia; Vaccinazione mediante il B. C. G.

8° Congresso medico cubano.

Si terrà ad Avana durante il mese di dicembre e sarà diviso in 5 sezioni: medicina generale, chirurgia generale, stomatologia, farmacia, veterinaria. Il Comitato esecutivo è presieduto dal dott. Francisco Maria Fernández; segretario generale ne è il dott. Miguel A. Brandy (Maleón 15, Habana, Cuba).

In conformità agli anni scorsi, due giorni prima si terrà la 7ª riunione della stampa medica cubana, la cui Commissione organizzatrice è presieduta dal dott. J. E. López Silvero; segretario ne è il Dr. Amador Guerra.

Congresso dei medici e naturalisti tedeschi.

La « Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte » ha tenuto il suo Congresso annuale a Königsberg dal 7 al 10 ottobre. Vi furono fatte interessanti relazioni e comunicazioni in tutti i campi della scienza; ci limitiamo a segnalare la relazione di Bunke sulla psicoanalisi e quella di Teutschlaender sul cancro.

A. P. I. M.

L'« Association Professionnelle Internationale des Médecins » ha tenuto la 5ª sessione del suo Consiglio generale dal 9 al 12 ottobre, nella sua sede sociale (Hôtel de la Confédération des Syndicats Médicaux, rue du Cherche-Midi 95, Paris VIe). Delle 29 Nazioni aderenti, ne erano rappresentate 17 (l'Italia mançava). La sessione fu presieduta dal dott. Rystedt (Svezia) assistito dal segretario generale dott. Fernand Decourt (Francia). Furono discussi i seguenti temi: Organizzazione della lotta antitubercolare; Rappresentanza del corpo medico negli organismi ufficiali; La previdenza e la beneficenza nel corpo medico (per il medico e la sua famiglia); fu anche trattata la collaborazione pratica della A.P.I.M. con la Confederazione Internazionale dei Lavoratori Intellettuali. La prossima sessione avrà luogo a Budapest, nel 1931, sotto la presidenza del dott. Nabershuber (Austria); temi: L'assicurazione-malattia nei diversi paesi; L'organizzazione della lotta contro le malattie veneree nei diversi paesi.

Scuola di perfezionamento in oto-rino-laringoiatria a Roma.

La Scuola, diretta dal prof. G. Bilancioni, ha la durata di tre anni. Essa ha sede presso la R. Clinica oto-rino-laringoiatrica.

Gli iscritti alla Scuola (non meno di sei e non più di dieci) hanno l'obbligo di frequentare tutti gli insegnamenti.

Le iscrizioni si accettano sino al 30 dicembre. Tasse complessive L. 3255.

Chiedere annunzio al direttore della Scuola.

Il diploma di perfezionamento non dà diritto all'esercizio della specialità che per quei laureati in medicina e chirurgia i quali abbiano sostenuto (in rapporto alla vigente legislazione) l'esame di Stato in medicina e chirurgia.

Corso di specializzazione in clinica della tubercolosi.

Nell'aula dell'Istituto « Benito Mussolini » ha avuto luogo l'inaugurazione del primo corso biennale di specializzazione in clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio e del terzo corso semestrale di perfezionamento.

Erano presenti in rappresentanza della Confederazione generale fascista dell'industria italiana il prof. Balella, della Cassa nazionale assicurazioni sociali il prof. Medolaghi, della Direzione generale di sanità il prof. Ilvento. Assistevano inoltre alla cerimonia l'accademico prof. Dionisi, il prof. Alessandri, il prof. Spolverini, il prof. Giannini e numerosi studiosi del problema antitubercolare.

Alla presenza di un uditorio di circa 150 medici l'on. prof. Morelli, direttore dell'Istituto e titolare della Cattedra, ha fatto una esposizione di tutto il vasto problema esponendo a grandi linee i varii argomenti che formeranno oggetto del programma dei corsi, e mettendo in particolare rilievo le benemerenze della Confederazione dell'industria e della Cassa nazionale assicurazioni sociali, che hanno saputo, in perfetta collaborazione, creare l'organismo che è la base dell'edificio che si sta costruendo.

Il prof. Morelli ha poi rivolto un reverente e grato saluto all'ing. Burgo, presidente dell'Istituto « Benito Mussolini » nel cui nome è rappresentata l'azione spontanea della benemerita classe degli industriali italiani, che dà tutta la sua entusiastica collaborazione per attuare l'opera che l'illuminata previdenza del Duce ha voluto per la tutela della salute della razza.

Corso di tisiologia in Agrigento.

Il 16 nov., con l'intervento delle Autorità civili, sindacali, scolastiche, nonchè di un imponente numero di medici condotti e liberi eser-

centi del capoluogo e della Provincia e di una eletta rappresentanza di signore, ebbe luogo in Agrigento l'inaugurazione dell'annunziato corso di conferenze sulla tubercolosi, indetto dalla Sezione Provinciale dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti e dal Consorzio Provinciale Antitubercolare, validamente sorretti da S. E. Miglio, Prefetto della Provincia.

Dopo il saluto rivolto agli intervenuti dal Segretario Provinciale della Sezione Medici Condotti, dott. Empedocle Campagna, e dal direttore sanitario del Consorzio, dott. Pietro D'Alessandro, tenne la sua prolusione il prof. Sebastiano Cannata, direttore della Clinica Pediatrica di Palermo, dettando una magistrale lezione sulla tubercolosi della infanzia e richiamando l'attenzione sulla necessità che maggiormente per i bambini sia estrinsecata la prevenzione del morbo.

Donazioni filantropiche.

Il gr. uff. Ezio Granelli è stato ricevuto dal Capo del Governo, al quale ha esternato il desiderio di offrire alla città di Milano un Padiglione per la patologia medica della R. Università, annesso all'Ospedale Maggiore, in memoria del compianto figlio Bruno, tragicamente perito nelle acque del Lago Maggiore il 27 settembre ultimo scorso.

Il Padiglione intitolato al nome di Bruno Granelli sarà capace di cento letti e fornito di tutti i più moderni sussidi scientifici. Alla realizzazione del progetto sarà chiamato, col consenso del Capo del Governo, il prof. Domenico Cesa Bianchi, titolare della cattedra di Patologia medica nella R. Università di Milano.

* * *

Il dottore in legge Benedetto Parini ha lasciato morendo erede universale l'Università di Torino. Il patrimonio si calcola a circa un milione e mezzo di lire; dedotti i legati, varrà a costituire un « Fondo di studio Parini-Chirio » in memoria dei genitori del munifico testatore.

L'Istituto Banting.

Con grande solennità venne inaugurato il 16 settembre, presso l'Università di Toronto (Canadà), un Istituto dedicato allo scopritore dell'insulina. La cerimonia venne presieduta da lord Moynihan, presidente del Reale Collegio dei Chirurghi dell'Inghilterra. L'Istituto è costato 15 milioni di lire it.; quando sarà completamente attrezzato ne costerà circa 20. Esso sostituisce il vecchio Istituto di patologia. È collegato con l'Ospedale generale della città mediante un tunnel sotterraneo.

Al tempo stesso si è proceduto a riorganizzare vari altri Istituti, in particolare quello radiologico.

Per il ricovero di tubercolotici a New York.

La Commissione finanziaria del Municipio di New York ha stanziato 600.000 dollari, pari a circa 12 milioni di lire it., per la costruzione immediata di una casa per tubercolotici, capace di accogliere 800 pazienti.

Il commissario degli ospedali, dott. J. G. W. Greeff, aveva chiesto 300.000 doll., per costruire un nuovo padiglione nella colonia per tubercolotici di State Island, ed aveva fatto rilevare l'incremento dei casi di malattie in genere negli ospedali e negli ambulatori; 503 richieste di ricovero di tubercolotici negli ospedali erano rimaste inappagate. Di fronte a tale situazione, è stato assegnato un credito doppio di quello richiesto.

Le pensioni Beit.

Le pensioni Beit furono fondate in Inghilterra nel 1909, con una donazione pari a 22 milioni di lire it., da sir Otto Beit, allo scopo di aiutare gli studiosi. Ogni pensione dura 7 anni. Il valore di ogni assegno è di circa 40.000 lire it. l'anno per tre anni; di circa 50.000 il quarto anno; di circa 70.000 il sesto e l'ultimo anno. Fin'ora sono state assegnate 130 pensioni; tra i beneficiari furono dei giovani medici che si sono molto distinti, come Mellanby e Lewis. In linea d'eccezione, pel 1927 è stata assegnata una pensione di circa 100.000 lire annue al dott. Edward Hindle — i cui lavori sulla febbre gialla sono noti — per investigazioni nel campo della medicina tropicale.

Il centenario di Davila.

Il 17 ottobre fu celebrato a Bucarest il centenario della nascita di Carlo Davila, medico francese stabilitosi in Romania, ove fondò l'insegnamento medico moderno. Erano rappresentate l'Accademia Medica di Parigi, le Facoltà Mediche di Parigi, Sofia, Belgrado, ecc. Parlarono i proff. Balthazard, Labbé ed altri.

Il 4° centenario di Paré.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha celebrato il 28 ottobre, innanzi ad una numerosa assistenza, il quarto centenario di Ambrogio Paré, detto il padre e il restauratore della chirurgia francese. Il suo nome va specialmente associato alla legatura delle arterie dopo le amputazioni. Furono messe in pieno rilievo le sue benemerenze.

Cinquantenario della scoperta di Laveran.

Il 6 novembre è stata commemorata la scoperta del parassita della malaria, avvenuta 50 anni prima.

Una commemorazione un po' anticipata era già stata fatta durante il mese di maggio, adunando in Algeria il secondo Congresso internazionale sulla malaria: quell'anticipo era giustificato da ragioni stagionali e d'organizzazione.

La recente commemorazione si è svolta in due tempi: dapprima il municipio di Parigi procedette ufficialmente a dare il nome di Laveran alla piazza che fronteggia la Scuola di Sanità Militare Val-de-Grâce; poi i convenuti si adunarono nella sala d'onore della Scuola. Furono pronunziati vari discorsi, da Calmette, Mesnil, Dopter, Marchoux, Sieur (direttore della Scuola), ecc. Assisteva la signora Laveran.

Viaggio lungo la Costa Azzurra.

Abbiamo già annunziato che la « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » organizza, per le prossime feste — come già annualmente da 7 anni — un viaggio lungo la Costa Azzurra.

Per rendere più facile la partecipazione al viaggio, questo sarà frazionato in due sezioni, lasciando facoltà di partecipare ad una sola. La prima parte durerà dal 26 dicembre al 1° gennaio e si svolgerà da Marsiglia, per Tolone e Cannes, a Nizza; la 2ª parte durerà dal 1° all'8 gennaio, da e per Nizza, spingendosi a Grimaldi, Bordighera, San Remo, Ospedaletti, Monaco, Monte Carlo, ecc. e con escursione sulle Alpi. Inoltre verrà organizzata una gita in Corsica, se le iscrizioni saranno in numero bastevole.

Gli aderenti riceveranno un biglietto a metà tariffa, sulle ferrovie francesi e italiane, dalla loro sede abituale alla Costa Azzurra.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, rue Verdi 24, Nizza.

Censure del Sindacato Medico di Parigi.

Il « Syndicat des médecins de la Seine » ha formulato pubblicamente alcune censure.

Un voto di censura concerne alcuni professori, della Facoltà medica e degli ospedali di Parigi, i quali hanno discusso, nei periodici quotidiani ed in conferenze, il doloroso tema della dicotomia, il che ha ingenerato nel pubblico un senso di diffidenza e discredito verso tutta la classe medica, mentre questa nel suo insieme è sana e non merita di essere così danneggiata. Problemi del genere andrebbero meglio esaminati nei sodalizi corporativi e nella stampa professionale.

Una seconda censura riguarda i medici che occupano una posizione ufficiale, come i professori della Facoltà, i quali non si peritano ad accreditare, con il loro nome, le specialità farmaceutiche. È evidente l'allusione ad un insegnante il quale, dopo aver pubblicato degli articoli sull'azione benefica del cloruro di magnesio per la profilassi dei tumori maligni e per tardare la vecchiaia, si è prestato a dare il suo nome per promuovere la vendita di alcuni tabloidi al cloruro di magnesio.

Una terza censura concerne i medici che hanno acceduto a far mettere, in caratteri marcati, nome, indirizzo e attività professionale sull'ultimo elenco telefonico della città. Si rileva che, all'uopo, essi hanno dovuto corrispondere una somma addizionale: quindi il privilegio si risolve in una pubblicità commerciale.

Il Consiglio del Sindacato stima che questi procedimenti inconsueti siano lesivi della dignità professionale. Ma è stato fatto notare che il procedimento stesso del Sindacato è censurabile, in quanto che i suoi rilievi potevano farsi con maggiore riserbo e non essere comunicati alla stampa. D'altra parte è da considerare che procedimenti simili sono accettati o tollerati in altri Paesi.

Infrazione alla proprietà letteraria.

Il seguente caso è riferito nei dettagli dal « Journ. A. M. A. » (4 ottobre 1930). Un libro di propaganda, pubblicato nel 1924 dal pastore evangelico Empringham, riproduceva larga parte di un articolo del dott. O. B. Schellberg, articolo comparso nello « International Journal of Surgery » (giugno 1922).

Vi figuravano anche alcune incisioni, i cui zinchi erano stati prestati dallo Schellberg. Era citata regolarmente la fonte.

In un'edizione ulteriore, questa citazione venne però tralasciata: donde un processo.

L'accusato si difese rilevando che, in una ristampa di estratti del lavoro di Schellberg, era stata omessa l'indicazione di proprietà letteraria: perciò la materia era divenuta di dominio pubblico.

Il Tribunale non accolse questa giustificazione in quanto che la proprietà letteraria era palese, e condannò l'autore e l'editore del libro.

Esito di un concorso.

Nel concorso bandito dalla « Rivista di Terapia Moderna e Medicina Pratica », per la valorizzazione del Libro Medico Italiano, la Commissione chiamata a giudicare per l'assegnazione dei premi ha stabilito, dopo l'esame dei libri presentati, di non assegnare, per ora, premiazioni, lasciando impregiudicato il giudizio. Ha anche encomiato l'atto del prof. Piccinini e della Ditta Zoia che ha stabilito di devolvere L. 5000 (la metà dei premi) a beneficio degli orfani dei medici morti in guerra.

In quanto alle altre L. 5000, che si intendevano dare per una Mostra permanente del Libro Italiano, viste le difficoltà di attuazione di simile progetto, il professore anzidetto e la prefata Ditta, hanno pensato di inviarle a cinque dei principali periodici italiani (L. 1000 per ciascuno), con preghiera alle Direzioni di assegnare tale somma come modesto segno di riconoscenza a quel redattore che abbia dato al periodico le migliori recensioni di libri medici italiani.

Tra i premiati figura anche il « Policlinico », il quale ha devoluto la somma predetta al Collegio-Convitto degli orfani dei sanitari in Perugia.

Trasmissione a distanza di rumori patologici.

La Compagnia Telefonica della Spagna ha dato una dimostrazione, innanzi ad un gruppo di medici, di trasmissione dei rumori del cuore e del respiro di persone normali e malate, da Buenos Aires a Madrid. La trasmissione è stata fatta, pare, con tale esattezza e fedeltà, da consentire la diagnosi. Seguì una discussione tra il dott. Montellano, che era al letto dei pazienti in Buenos Aires, e alcuni colleghi. La trasmissione ebbe luogo per radio e per telefono.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Ferrer Cajigal, decano della Facoltà medica di Barcellona, è rimasto vittima di un infortunio automobilistico, riportando gravi lesioni al cranio e al collo, per le quali è stata fatta prognosi riservata.

* * *

Il dott. Enrico Gamboni, da Verona, di 31 anni, ha avuto, in Roma, le ultime falangi di tre dita del piede sinistro amputate dal rimorchio di un tram.

Un morto che schiaffeggia il medico.

Mentre il dott. Ardean eseguiva un'autopsia, il morto levò repentinamente il braccio destro e assestò un ceffone al medico; gli astanti scapparono urlando e si richiese del tempo perchè gli stessi medici ricuperassero il sangue freddo: alla fine si potè accertare che la morte era subentrata da parecchie ore: lo scatto del braccio doveva attribuirsi ad un movimento riflesso.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Lancet, 6 sett. — J. O. W. BLAND. La febbre glandolare.

Zeitschr. f. Tuberk., sett. — G. GRUNDNER. Genesi della tisi cronica. — R. GRIESBACH. Malattie cutanee nella tbc., con speciale riguardo all'acne.

Wien. Arch. inn. Med., 5. — A. LANDAU e al. Avvelenam. da sublimato e sua cura. — F. ERBEN. L'acidità del succo gastrico in clinica. — A. DE-CASTELLO e O. WELTMANN. Febris maculosa intermittens. — A. LANDAU e al. Equilibrio acido-base.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero sull'alcalosi.

Riforma Med., 8 sett. — H. VINCENT. Sieroterapia anticolibacillare.

Arch. di Patol. e Clin. Med., ag. — F. SCHIASSI. Micosi dell'apparato respiratorio. — E. FRANCO. Micosi polmonare. — G. INVERNIZZI. Infarto trombotico da arteriosclerosi della polmonare.

Mediz. Welt, 13 sett. — S. FLEISCHMANN. Il morbo di Heine-Medin. — J. H. SCHULTZ. Psicologia e psicoterapia dei deboli di cuore.

Münch. Med. Woch., 12 sett. — MAU. Ricerca della paternità col metodo serologico Zangenmeister.

Journal de Microbiologi (Leningrad), 2-3. — M. AÏTOFF. Antivirusterapia dei cancri in sfacelo — W. JÉLIN. Cause dello shock anafilattico. — M. I. KANJEWSKY. Caratteristiche serologiche del Bacillus abortus equi. — M. A. KOUSCNARJOFF. Immunità locale specifica della pelle. — L. N. OBÉROUTCHEFF. Autolisi-precipito-reazione nella febbre tifoide.

Journ. A. M. A., 23 ag. — C. C. COLEMAN. Ascessi cerebrali. — Y. HENDERSON. Acapuria nello shock post-operat., nell'atelettasia e nella polmonite.

Tohoku Journ. exper. Med., 15 ag. — T. ARAKAWA. Studi sul latte umano. — K. SUGAII. Fisiologia muscolare.

Diagnostica e Tecn. di Laborat., 25 ag. — G. GUIDI. Diagnosi dell'avvelenam. da ossido di carbonio.

Clin. Chir., ag. — B. ROSSI. La legge sugli infortuni del lavoro. — A. SOLI. Sarcoma primit. del duodeno. — A. DEFRISE. Vie d'accesso alla loggia celiaca. — NICOTRA. Omero varo.

Acta Med. Latina, mag.-giu. — A. BRANDAO FL. Trattam. chirurg. dell'angina di petto.

Folia Med., 30 giu. — BOERI. La micosi dell'apparato respirat.

Paris Méd., 6 sett. — Numero di oftalmol., oto-rino-laringol. e stomatol.

Prensa Med. Argent., 20 ag. — S. MAZZA. Spirochetosi appendicolare.

Presse Méd.. 10 sett. — M. LABBÉ. Errori nella somministraz. dell'insulina ai diabetici.

Journ. de Méd. de Lyon, 3 sett. — J. FROMENT e M. CHAMBON. L'insulina come adiuvante nell'encefalite letarg. e nelle sequele parkinsoniane o psichiche.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 8 Dicembre 1930 Num. 49

IL POLICLINICO

Per l'anno 1931

Ai Medici Italiani.

Con il 1931 il " **POLICLINICO** ,, *inizia il* **XXXVIII** *anno di vita.*

Vita robusta e feconda che ha resistito a tutte le scosse, a tutte le minacce del periodo turbinoso della guerra e del dopo guerra.

Le difficoltà, gli ostacoli sono stati superati con fede e tenacia. Il " **POLICLINICO** ,, *ha mantenuto sempre salda la sua struttura, rinnovandosi e perfezionandosi senza mai perdere i suoi caratteri fondamentali.*

E' questa la particolarità degli organismi forti: migliorarsi, adattarsi alle nuove esigenze della vita sociale senza perdere la propria fisionomia.

Il " **POLICLINICO** ,, *così riesce sempre gradito ed utile ai medici delle successive generazioni: a quelli più sperimentati che sono mantenuti al corrente dei progressi della medicina, ai giovani per i quali sono ribadite le conquiste del passato.*

Il " **POLICLINICO** ,, *conosce e soddisfa i bisogni del medico, ne apprezza e seconda i gusti.*

Le sue tre Sezioni - **la medica,** *la* **chirurgica** *e la* **pratica** *- si completano a vicenda, e nel loro insieme sono tali da corrispondere ad ogni necessità culturale e pratica.*

Le tre sezioni riunite formano un periodico di medicina e di chirurgia che gareggia brillantemente con le più accreditate e diffuse riviste estere.

Ogni annata costituisce una miscellanea medico chirurgica dove ogni medico può trovare aggiornato l'argomento che l' interessa.

La gran mole dei lavori che vengono offerti per la pubblicazione consente una selezione rigorosa.

Il " **POLICLINICO** ,, *non conosce preferenze se non quelle del merito, non subisce esclusivismi di scuole e di tendenze. Le sole cose che si richiedono agli autori sono l'interesse dell'argomento, l'obiettività, la chiarezza e la brevità.*

Il " **POLICLINICO** ,, *è il giornale di medicina veramente nazionale: esso raccoglie la produzione d'importanza scientifica e pratica d'ogni parte d'Italia, senza, per altro, trascurare il lavoro che si compie all'estero.*

Il periodico risulta così completo, organico. Ne aumentano la snellezza e varietà la pubblicazione di brevi articoli di argomenti affini alla medicina, con riferimenti artistici, filosofici e sociali.

Le vicende professionali sono sempre seguite con vigile attenzione; e l'allarme è tempestivamente suonato ogni qual volta gli interessi morali e materiali dei medici sono minacciati.

L'abbondanza di notizie riguardanti tutto il movimento scientifico, professionale e sociale, al quale partecipino la medicina ed i medici, costituisce una prerogativa esclusiva del " **POLICLINICO** ,,.

Tutto ciò vien conseguito senza abbondanza di mezzi, grazie alla perfetta organizzazione della Redazione.

La stampa medica italiana non può contare su laute risorse. La scarsa conoscenza della nostra

lingua fuori dei confini non dà ai periodici italiani il largo apporto di abbonamenti esteri, che costituiscono un valido sussidio finanziario per i periodici di altre nazioni civili.

Il " POLICLINICO „ supera queste difficoltà vittoriosamente e con fierezza.

La Redazione e l'Amministrazione pongono ogni cura perchè il giornale sia protetto da ogni tentativo commerciale. Esse sentono come una missione la difesa del pensiero medico italiano dalla contaminazione dell'invadente industrialismo.

Con questi intendimenti, con questi propositi, s'inizia la fatica del nuovo anno.

Nessun'altra promessa può fare la Redazione oltre quella di continuare l'indirizzo finora seguìto: fedeli alla tradizione, miranti al progresso.

E procediamo, orgogliosi di portare il nostro modesto contributo all'opera di rinnovellamento e di affermazione del prestigio nazionale che si va compiendo.

LA REDAZIONE

L'Amministrazione del "POLICLINICO", la quale non ha mai fatto del giornale uno strumento di speculazione (tanto da rimanere sempre immune da ogni connivenza commercialistica), seguendo le direttive del Governo Nazionale, è venuta spontaneamente nella determinazione di ridurre il prezzo d'abbonamento al periodico, all'incirca nella stessa misura annunziata per le pubblicazioni periodiche dello Stato.

In tal modo la spesa di abbonamento al " POLICLINICO „ verrà a gravare in misura minore sul bilancio dei medici, sopratutto di quelli in servizio di condotta, i quali ritraggono il loro maggior provento da stipendi già esigui, ora diminuiti del 12 %.

La riduzione della quota d'abbonamento non troverà, certo, un corrispettivo nella diminuzione delle spese inerenti alla stampa del giornale; perciò lo sbilancio verrà ad essere molto sentito dall'amministrazione, sovrattutto in quanto il numero degli abbonati al " POLICLINICO „ è elevatissimo, costituito da oltre un terzo di tutti i medici d'Italia.

Malgrado ciò, affrontiamo senza esitanza il sacrificio, nella fiducia che la simpatia del pubblico medico Italiano continuerà ad assisterci e che mai ci verrà meno la benevolenza dei nostri abbonati, i quali, ne siamo certi, si stringeranno sempre più intorno al " POLICLINICO " per mantenere in piena efficienza questa nostra opera, che vive per la Classe Medica e solo da essa intende essere sorretta.

I prezzi del " POLICLINICO " pel 1931 saranno dunque ridotti come segue:

	per l'Italia	per l'Estero
Abbonamenti singoli:		
a) sola Sezione Pratica (settimanale)	L. 58.50	L. 100
b) sola Sezione Medica (mensile)	» 45 —	» 55
c) sola Sezione Chirurgica (mensile)	» 45 —	» 55
Abbonamenti cumulativi:		
d) Sezione Pratica (settimanale) e Sezione Medica (mensile)	» 95 —	» 145
e) Sezione Pratica (settimanale) e Sezione Chirurgica (mensile)	» 95 —	» 145
f) Sezione Pratica, Sezione Medica e Sezione Chirurgica	» 115 —	» 175

Una preghiera ci sia consentito di rivolgere agli amici del " POLICLINICO "; inviare con sollecitudine l'importo pel 1931.

Coloro che già inviarono l'importo nella vecchia misura, tengano presente che la differenza corrisposta in più verrà detratta dall'importo della futura annata.

L'EDITORE

Ai nostri signori abbonati che, per non subire interruzioni nella recezione dei fascicoli del " POLICLINICO ", hanno la lodevole abitudine d' inoltrare presto l'importo per il rinnovo del proprio abbonamento, rammentiamo che il vaglia postale va intestato al nome dell'editore LUIGI POZZI *e che dev' essere fatto pagabile nell'Ufficio succursale 18 (diciotto) - Roma.*

Coloro che si valgono di chèque o di assegno bancario, provvedano a che il titolo sia esigibile in Roma.

Raccomandiamo inoltre di appuntare al polizzino del vaglia postale o bancario la fascetta con cui si sono ricevuti finora i fascicoli del " Policlinico ", o quanto meno di indicare, con esattezza, il rispettivo numero di abbonamento.

AVVERTENZA - Del Vaglia inviato a saldo dell'abbonamento, se postale si conservi la ricevuta che rilascia l Ufficio di Posta; se bancario, si conservi il rispettivo scontrino.

L'AMMINISTRAZIONE.

ANNO XXXVII | Roma, 8 Dicembre 1930 | Num. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

Il Batteriofago.

Dott. Prof. G. ALTANA

Primario dirigente i Laboratori Scientifici dell'Ospedale di S. Maria Nuova in Reggio Emilia.

Sono ben noti nei Laboratori e di uso comune diversi apparecchi filtranti, aventi pori di dimensioni tali che trattengono tutti i microrganismi, patogeni o meno, visibili al microscopio, mentre invece lasciano passare non soltanto i prodotti solubili derivanti dai medesimi insieme alle altre sostanze disciolte, ma anche alcuni agenti morbigeni di dimensioni tanto piccole da sfuggire alla indagine microscopica diretta e che vengono perciò chiamati virus filtrabili od ultravirus.

Tali filtri sono costituiti da diversi materiali porosi (porcellana non verniciata, terra di infusori, collodion, ecc.) e, dal nome degli inventori o dalla loro forma o sostanza costitutiva, sono chiamati filtri Chamberland, filtri Berkelfeld, filtri al collodion, candele filtranti, ecc.

Facendo passare attraverso questi filtri materiali organici di varia origine, meglio se inquinati con deiezioni di persone o animali, è possibile ottenere dei filtrati, perfettamente sterili all'esame batteriologico, limpidi ed omogenei, dotati di una strana proprietà: una piccola parte del filtrato, aggiunta a una cultura fresca in brodo di un microrganismo noto, ne provoca, entro un certo limite di tempo, la completa dissoluzione e la cultura stessa diventa limpida, quasi che il brodo fosse ridiventato sterile.

Se poi si striscia su agar una traccia della suddetta cultura, inquinata con l'aggiunta di una minima quantità del filtrato, si sviluppa la solita patina batterica, non però omogenea, ma interrotta da oasi o lacune nelle quali la superficie dell'agar appare libera dalla cultura batterica.

Le dimensioni di tali lacune variano da quelle di un piccolo forellino di una frazione di millimetro a quelle di una area circolare del diametro di parecchi millimetri. Quando molte di queste lacune confluiscono, la patina batterica è ridotta a pochi resti irregolari e, nei casi in cui il fenomeno si manifesta con la massima intensità, la cultura non si svilup-

pa affatto e la superficie dell'agar resta in apparenza sterile.

Se dalla cultura in brodo resa limpida o da una delle lacune della cultura in agar si preleva con il filo di platino una traccia di materiale e la si trasporta su un'altra cultura in brodo o si allestisce con opportuna tecnica una nuova cultura in agar, il fenomeno può ripetersi per successivi passaggi per un numero di volte indefinito, con la stessa intensità o anche con intensità crescente.

Il fenomeno, intravvisto e variamente interpretato da qualche autore in anni antecedenti, fu messo bene in evidenza circa il 1912 dal D'Herelle, il quale ne ha fatto l'oggetto di numerosissime ricerche con la collaborazione di scienziati d'ogni paese. Il D'Herelle chiamò il fenomeno *batteriofagia* e *batteriofago* l'agente attivo specifico.

***

Allo stato attuale delle cognizioni e in grazia dei risultati degli studi del D'Herelle e dei collaboratori, e tenuto conto anche dei pareri della critica, vivacemente esercitatasi anche in questo campo, si può senz'altro affermare:

che *esiste in natura un principio litico*, il quale, in favorevoli condizioni, può portare alla dissoluzione completa di culture batteriche;

che tale principio litico può agire con diversa intensità verso i più svariati ceppi di microrganismi;

che esso si sviluppa a spese dei microrganismi medesimi e si moltiplica e si riproduce in serie indefinita come un organismo vivente.

Geniali esperienze del D'Herelle dimostrerebbero che *tale principio ha forma corpuscolare* e dimensioni piccolissime ma misurabili, dell'ordine dei milionesimi di millimetro o *millicron* (μμ).

Prove comparative, eseguite mediante filtrazione di virus ultramicroscopici e di altre sostanze organiche non viventi, dimostrerebbero che l'unità elementare del batteriofago avrebbe presso a poco le dimensioni della complessa molecola della emoglobina e cioè un diametro di circa 20 μμ e un peso equivalente a circa 70.000 atomi di idrogeno. Dello stesso ordine sarebbero le dimensioni degli elementi dei metalli allo stato colloidale (collargolo) o di certe sostanze proteiche bene identificabili nei filtrati (siero antitetanico).

Gli aggruppamenti di atomi, propri delle sostanze allo stato cosidetto colloidale, molto voluminosi in confronto alle molecole studiate nella chimica inorganica, sono noti col nome di *micelle* ed evidentemente possono essere dotati di attitudini e attività tali da assumere le caratteristiche della sostanza vivente, o meglio di vere e proprie individualità viventi.

L'unità inscindibile dell'essere vivente era, secondo la comune concezione, la cellula. La scoperta del batteriofago e dei germi filtrabili, con esso morfologicamente affini, ci fa trasportare in un piano inferiore questa concezione ed ammettere che entità aventi proprietà e caratteri viventi possano avere le dimensioni di una micella, misurabile in milionesimi di millimetro, mentre finora i nostri computi più piccoli si facevano sulla base del *micron* (μ) o millesimo di millimetro.

La concezione corpuscolare del batteriofago è strenuamente sostenuta dal D'Herelle, il quale lo ha addirittura collocato nella sistematica dei microrganismi viventi, chiamandolo *Protobius Bacteriophagus*, come una specie unica presentante una notevole variabilità di ceppi dotati di caratteri qualitativamente e quantitativamente differenti.

Mentre sulla esistenza del principio litico nessuno oggi muove obbiezioni, sulla sua natura sono stati espressi pareri discordi e alcuni autori hanno asserito trattarsi di azioni fermentative intrinseche od estrinseche ai microrganismi. Il D'Herelle ha controbattuto questi pareri discordi e dalla maggioranza dei batteriologi la sua concezione, che è d'altronde la più semplice e la più logica, è generalmente accettata.

***

Riassunte brevemente le nozioni fondamentali sulla essenza e sulla natura del batteriofago, passiamo ad esaminare i particolari caratteri biologici che vengono messi in evidenza con opportuni procedimenti.

Anzitutto non bisogna credere che basti mettere una goccia di un qualsiasi filtrato di sostanza organica in una cultura in brodo di un qualsiasi microrganismo per avere con facilità una lisi batterica completa o quanto meno bene evidente. Se anche il principio litico esiste, la sua dimostrazione è spessissimo ostacolata da diverse circostanze che soltanto una lunga pratica insegna a conoscere e a tenere nella dovuta considerazione.

All'attività del principio litico si oppongono in primo luogo agenti fisico-chimici sfavorevoli ed inoltre l'attività difensiva dei batteri attaccati, che si manifesta, come vedremo, in maniera assai evidente.

L'attività distruttiva del batteriofago e quella difensiva dei microrganismi nell'ambiente naturale presumibilmente si equilibrano perchè, se una di loro prevalesse in permanenza, porterebbe e avrebbe portato nel volgere dei tempi alla distruzione dell'elemento più debole.

Il ricercatore provetto sa isolare da un determinato ambiente sia i microrganismi, sia i batteriofagi rispettivi e a tale uopo sa sfruttare, secondo il caso, gli elementi di resistenza o di debolezza dell'uno o dell'altro, che lo studio accurato e minuzioso dell'argomento gli ha portato a conoscenza.

***

Condizione essenziale perchè il principio litico si manifesti è la presenza di batteri viventi.

Il batteriofago, introdotto in una cultura batterica, attacca e discioglie, e verosimilmente assimila e utilizza per la sua moltiplicazione, soltanto gli elementi batterici viventi.

Una cultura giovane è completamente disciolta da un batteriofago attivo mentre una cultura vecchia non potrà essere resa completamente trasparente, essendo in gran parte costituita da elementi morti.

I batteri viventi esplicano dunque una chemiotassi positiva verso gli elementi batteriofagici, i quali, perforatane la membrana di rivestimento, penetrerebbero nell'interno moltiplicandosi e trasformando la compagine del batterio, finchè questo si rigonfia e si distrugge lasciando in libertà miriadi di batteriofagi.

La dimostrazione ottica completa di questo processo non è possibile poichè l'elemento litico elementare sfugge completamente all'esame microscopico, ma attenti ricercatori hanno potuto osservare i germi nel loro rigonfiamento e nella loro distruzione paragonata dal D'Herelle a uno scoppio.

D'altra parte l'aumento enorme degli elementi litici può essere dimostrato sia col metodo delle diluizioni, sia col conteggio delle lacune od oasi sulle culture in agar ottenute coll'aggiunta di minime quantità dei liquidi contenenti i batteriofagi.

Le lacune delle culture in agar sono l'equivalente della chiarificazione della cultura in brodo e sono determinate dalla distruzione dei batteri nel momento della loro moltiplicazione per modo che in tutta una zona infetta dal batteriofago l'agar rimane sprovvisto di patina batterica.

Se ammettiamo che un solo elemento batteriofagico attivo possa dare origine a una lacuna, abbiamo la possibilità di contare gli elementi batteriofagici esistenti in una data sostanza, con lo stesso metodo di cui ci serviamo in batteriologia per contare i microrganismi in base al numero delle colonie cui essi hanno dato origine. Ogni lacuna di una cultura in agar può essere considerata come una colonia vivente e attiva di batteriofagi.

Il metodo delle diluizioni ci dirà invece fino a qual limite possiamo diluire e frazionare un liquido attivo senza fargli perdere il suo potere litico. Tanto maggiore potrà essere il frazionamento quanto più ricco sarà il liquido di elementi attivi.

***

Fra i vari batteriofagi studiati troviamo notevoli differenze qualitative e quantitative.

Le differenze qualitative sono tali da indurre il concetto di una vera e propria *specificità* di un ceppo di batteriofago rispetto a un determinato germe. L'attività litica è intensa verso una cultura, debole o nulla per un'altra.

Il concetto di specificità ha aperto una questione ancora insoluta: se nel mondo viva una sola specie di batteriofago, capace di assumere attività specifiche verso questo o quel germe, e capace quindi di grande mutabilità e di adattamento, ovvero se esistano molte specie morfologicamente affini, ma biologicamente ben distinte.

Il D'Herelle sostiene la tesi della specie unica, alla quale, come si è detto, ha dato il nome di *Protobius Bacteriophagus*, ma, mentre nel vasto campo esplorato da questo Autore le sue dottrine sono generalmente più persuasive di quelle dei suoi avversari, questa sua concezione lascia adito al dubbio. In mancanza di argomenti positivi pro o contro la sua tesi, ha valore la considerazione che la Natura, tanto varia nelle sue manifestazioni della vita animale vegetale, non abbia dato uno stampo unico a una infinità di elementi esistenti su tutta la terra per la sola ragione che essi hanno dimensioni minime in confronto agli altri viventi di dimensioni maggiori, distribuiti in una serie innumerevole di specie.

Siano però specie diverse o varietà di una sola specie, è certo che la *specificità* è una qualità di evidente dimostrazione nei batteriofagi e ha una grande importanza anche nel campo delle applicazioni pratiche di questo nuovo ramo delle scienze biologiche.

Le differenze qualitative sono inoltre unite a differenze quantitative, la intensità di azione essendo molto variabile e paragonabile alla *virulenza* dei microrganismi patogeni verso gli esseri superiori recettivi.

In pratica la dissoluzione completa di una giovane cultura per parte di un batteriofago, non soltanto dimostra la stretta specificità verso quel batterio, ma anche una intensa virulenza.

In molti casi però il fenomeno non è così evidente e soltanto con pazienti confronti con culture di controllo si può oservare una diminuzione della opacità di una cultura in brodo ovvero, nei trapianti in agar, la formazione di lacune di piccolissime dimensioni.

Ceppi diversi di batteriofago, di diversa specificità e virulenza, possono trovarsi mescolati in uno stesso materiale. Servendoci di procedimenti analoghi a quelli usati in batteriologia si riuscirà ad ottenere l'*isolamento* di un ceppo di batteriofago che particolarmente ci interessa, e studiarne i peculiari caratteri che lo differenziano dagli altri ceppi.

Se la specificità col germe coltivato in cultura pura è stretta e la virulenza è alta, i filtrati contenenti il ceppo isolato allo stato di purezza determinano, come abbiamo detto, la dissoluzione completa, ossia la totale chiarificazione della cultura in brodo e sulla cultura

in agar la formazione di una patina batterica interrotta da larghe lacune.

Questa netta prevalenza del batteriofago non è però il caso più comune. Più comunemente si ha in una prima fase la chiarificazione parziale della cultura in brodo, bene evidente di fronte a una cultura campione non infettata dal batteriofago, e in una seconda fase un nuovo opacamento dovuto a un rigoglioso sviluppo di nuovi germi che prendono il posto di quelli distrutti. Si forma così una *cultura secondaria*, formata di elementi batterici derivanti dalla moltiplicazione di quelli che furono risparmiati dal batteriofago e dimostrante verso gli elementi litici una resistenza assai più spiccata.

Tale resistenza, che può paragonarsi ad una immunità acquisita, si trasmette nei trapianti successivi, da cui si ottengono culture di fronte alle quali la virulenza del batteriofago appare sensibilmente diminuita.

Qualche volta infine l'innesto di un filtrato che certamente contiene princìpi litici non produce nella cultura in brodo nessuna modificazione e la ricerca ulteriore del batteriofago anche con i metodi più delicati può riuscire infruttuosa.

***

Esiste dunque, come fu in principio accennato, un netto antagonismo tra batteri e batteriofagi e alla prevalenza dell'uno o dell'altro contribuiscono condizioni intrinseche od estrinseche che è necessario conoscere anzitutto per quel bisogno di sapere che è il movente di ogni progresso scientifico ed inoltre per sfruttare a scopo pratico le conoscenze acquisite dalla scienza pura.

Anzitutto è da prendere in considerazione la massa o il numero degli elementi contrapposti.

Il batteriofago, anche se molto virulento, non può esplicare tutta la sua azione litica se la concentrazione batterica non è inferiore a un certo limite che approssimativamente dal D'Herelle è stato fissato in circa 300 milioni di germi per cmc. Se la cultura in brodo o la sospensione batterica sono più ricche, si ha facilmente il fenomeno della cultura secondaria e la formazione di elementi batterici resistenti.

Nella ricerca dei batteriofagi da sostanze in esame occorre perciò, a scanso di resultati regolarmente negativi, usare sospensioni batteriche molto tenui, con le quali si può ottenere una lisi completa; i successivi passaggi, eseguiti con i filtrati della cultura disciolta, dimostreranno che l'attività litica, ossia la virulenza, del batteriofago si è esaltata.

Mentre la *temperatura* ottima per la maggior parte dei batteri patogeni è di circa + 37°, i rispettivi batteriofagi trovano il loro optimum a qualche grado sotto, di modo che la lisi batterica avviene più facilmente a + 30° mentre a + 37° il batterio resiste meglio.

La resistenza alle alte temperature è assai spiccata per il batteriofago il quale sopravvive a lunghe esposizioni a + 60°, esiziali per la maggior parte dei batteri, fatta eccezione delle loro forme sporali. Si direbbe anzi che la resistenza del batteriofago agli agenti fisici sia presso a poco analoga a quella delle spore batteriche.

La reazione favorevole al batteriofago è quella alcalina ed il grado ottimo di alcalinità è per lo più sensibilmente più alto di quello del batterio.

Di fronte agli antisettici il comportamento del batteriofago si discosta molto da quello degli altri microrganismi. Così il sublimato corrosivo lo distrugge soltanto a concentrazioni prossime a 1 : 100, l'alcool etilico a titoli superiori al 50 %, il fenolo al 2-4 %; il cloruro e il solfato di sodio riescono indifferenti perfino in soluzioni sature o allo stato solido.

Sono invece molto nocivi al batteriofago il formolo, che lo uccide al titolo di circa 6 ‰, e la glicerina.

La resistenza all'esaurimento spontaneo è altissima pel batteriofago, il quale si conserva nei filtrati, in tubi chiusi alla lampada, per degli anni.

I dati ora ricordati non devono intendersi assoluti, rappresentando la media di numerose osservazioni fatte su svariatissimi ceppi, fra i quali possono esistere differenze individuali assai sensibili.

***

Un cenno particolare merita la *specificità* del batteriofago nei rapporti con i principali germi patogeni. Questi ultimi possono a questo riguardo essere divisi in due gruppi, quello delle specie batteriche cosidette *omogenee* e quello delle specie dette *eterogenee*.

Le prime sono quelle in cui i ceppi batterici di diversa origine e provenienza si comportano in maniera pressochè eguale e costante di fronte al batteriofago. Se un agente litico è attivo verso un ceppo, lo è verso gli altri con quasi eguale intensità. Tipo di questo gruppo è il b. *dissenterico di Shiga*, uno dei più sensibili all'azione litica del batteriofago. Similmente si comportano alcuni altri germi quali il *b. del colera dei polli* e il *b. della peste*.

Molti altri germi invece appartengono alle specie eterogenee perchè per essi si può dire che ogni ceppo ha il suo batteriofago specifico: di questo gruppo fanno parte il *b. del tifo* e i *paratifi*, il *b. coli*, gli *stafilococchi* piogeni, l'*enterococco*.

Può altresì avvenire che un batteriofago, attivo verso un ceppo di b. coli, non lo sia affatto per altri ceppi dello stesso germe mentre lo sia invece per altri ceppi batterici, ad

esempio per l'enterococco, ospite dell'intestino, simbiotico del b. coli.

La eterogeneità di queste specie batteriche è, come vedremo, un forte ostacolo per la applicazione razionale della terapia batteriofagica in diversi processi morbosi.

*
* *

Il batteriofago è ubiquitario. Se il suo *habitat* principale è l'intestino di tutti gli animali e se la sua resistenza agli agenti distruttivi naturali è piuttosto elevata, è logico ammettere che i batteriofagi siano sparsi abbondantemente nel mondo dovunque vi siano segni di vita animale. Diremo meglio anzi, dove vi sia vita, anche vegetale, perchè sono stati scoperti i batteriofagi che vivono a spese dei batteri nitrificanti delle piante.

I batteriofagi furono perciò isolati dalle acque aventi tutti i gradi di inquinamento, dal mare, dai fiumi e dai pozzi; dai residui delle fabbriche purchè non abbiano un notevole grado di acidità; dalla terra vegetale, ecc.

L'intestino degli animali elimina giornalmente grandi quantità di batteriofagi e giornalmente ne riceve dagli alimenti.

Poichè però i batteriofagi si moltiplicano a spese di quei germi per i quali hanno una affinità specifica, nell'intestino degli individui sani ritroviamo quasi esclusivamente i batteriofagi dei germi ospiti abituali, che per l'uomo sono i germi del gruppo del b. coli. L'introduzione artificiale di altri batteriofagi è seguìta dalla loro rapida scomparsa.

Negli animali domestici si trovano, oltre al batteriofago del b. coli, anche quelli di vari ceppi del b. del paratifo B, germe parassita facoltativo ospite abituale del loro intestino.

Nell'individuo sano la simbiosi b. coli-batteriofago è in uno stato di equilibrio, tanto che riesce praticamente difficile isolare il b. coli in culture che non siano inquinate del rispettivo batteriofago; viceversa sebbene sia dimostrabile con opportuni accorgimenti la presenza dell'agente litico, la sua attività contro il rispettivo colibacillo in vitro è molto limitata.

Negli organismi in preda ad un processo infettivo non è raro trovare assieme al germe specifico il batteriofago rispettivo, dotato di un grado assai vario di virulenza.

Osservazioni numerose ci permettono di affermare che la virulenza del batteriofago è in ragione inversa con la gravità della malattia: se questa volge a guarigione, il potere litico del batteriofago è altissimo, mentre un batteriofago di scarsa attività implica una prognosi grave.

Le variazioni dell'attività litica del batteriofago sono esse causa od effetto delle variazioni di gravità del processo morboso? Il batteriofago molto attivo deprime la virulenza del germe specifico, ovvero la sua azione litica si intensifica di fronte ad un germe specifico diggià attenuato perchè lotta di fronte a resistenze organiche preponderanti?

Non è facile dare una risposta a questi quesiti.

*
* *

Nella speranza che un batteriofago molto attivo possa contribuire, a fianco delle forze di difesa organiche, a superare la attività aggressiva del germe patogeno, il batteriofago è entrato a far parte dell'arsenale terapeutico che la scienza medica, sfruttando le risorse naturali, tiene a disposizione dell'umanità sofferente.

Teoricamente l'isolamento di un batteriofago specifico non è un problema di difficile soluzione: provando vari ceppi di batteriofagi con i ceppi batterici che ci interessano, troveremo quello che esercita un'azione litica intensa; preparata una sospensione di questi germi in liquido adatto, alle condizioni volute di reazione e di temperatura, ed ottenuta la lisi completa della sospensione, la si passa per un filtro che trattenga tutti gli elementi batterici eventualmente rimasti integri. Il filtrato limpidissimo e batteriologicamente sterile sarà ricchissimo di batteriofagi e pronto per l'uso.

Astrazione fatta dalle sostanze nocive eventualmente in soluzione nel filtrato, la sospensione di batteriofagi è inoffensiva per l'organismo, qualunque sia la via di introduzione, enterale o parenterale. La somministrazione per via orale è peraltro da preferirsi, sia perchè riproduce il tramite di introduzione degli agenti litici esistenti in natura, sia perchè per questa via riescono meno pericolose le sostanze in soluzione esistenti nel filtrato.

Circa l'azione terapeutica dei filtrati batteriofagici, sulla cui efficacia in taluni casi non vi è più luogo a dubbio, fu da taluno mossa l'obbiezione che essa possa attribuirsi, anzichè agli agenti litici, ai prodotti di disgregazione dei batteri agenti quali antigeni.

Il D'Herelle risponde affermando che la disgregazione dei corpi batterici per l'azione dei batteriofagi è così profonda che vengono totalmente distrutte tutte le proprietà specifiche tossiche e antigene del microrganismo.

Per questo motivo, mentre i comuni filtrati delle culture del bacillo dissenterico di Shiga si dimostrano intensamente tossici, i filtrati delle culture che hanno subìto la lisi da batteriofago non lo sono affatto.

E il D'Herelle afferma inoltre che tale dimostrazione può essere data per altri germi patogeni.

Ammesso peraltro che il meccanismo d'azione dei filtrati batteriofagici sia più complesso di quanto non affermi il D'Herelle, è indubitato che in determinate circostanze la terapia e la profilassi possono utilmente servirsi di questo nuovissimo mezzo, a condizione beninteso che non si corra a una irriflessiva generalizzazione.

***

La malattia contro la quale la terapia a base di batteriofagi risulta più razionale ed efficace è la *dissenteria bacillare*. Il bacillo dissenterico di Shiga ed anche quelli analoghi di Flexner, di Hiss, ecc., mostrano verso il batteriofago una grandissima sensibilità e, di più, le loro specie sono fra le cosidette omogenee. Un batteriofago attivo per un ceppo di bacillo di Shiga lo è anche per tutti gli altri ceppi. Ciò semplifica molto la preparazione dei prodotti curativi che possono essere fabbricati in grandi quantità senza preoccuparsi dei singoli malati.

La somministrazione, per via orale, dei filtrati attivi ha dato effettivamente risultati ottimi, accertati da ricercatori di diverse nazionalità in diversi paesi, dal Sud America all'India ed all'Egitto, nei quali la malattia è endemica con ondate epidemiche gravi ed estese.

Fu perfino osservato che la somministrazione di agenti litici molto attivi a un certo numero di infermi, oltre a determinare in essi un favorevole decorso e la guarigione, induce una notevole attenuazione della virulenza della epidemia ed i casi successivi decorrono con maggiore benignità. Si pensò che le deiezioni dei convalescenti trattati col batteriofago diffondano assieme ai germi patogeni gli agenti litici, di modo che le successive infezioni sarebbero caratterizzate dalla ingestione contemporanea del germe patogeno e del suo avversario.

È altresì da presumersi che la diffusione nell'ambiente degli agenti litici contribuisca alla distruzione dei germi specifici anche fuori dell'organismo, l'attività litica dei batteriofagi potendosi sommare alla azione sterilizzante degli agenti naturali, quali la luce solare, l'essiccamento, ecc.

Le esperienze sul *colera* e sulla *peste* hanno portato, secondo alcuni autori, a buoni risultati, però non così evidenti come per la dissenteria bacillare.

La terapia antitifica urta nella grave difficoltà di trovare per ogni ammalato un batteriofago molto attivo verso il ceppo patogeno. Il bacillo del tifo appartiene alle specie eterogenee, cosicchè un agente litico può essere di grande attività per un ceppo e di scarsa o nessuna per un altro. Tentativi recenti di ottenere batteriofagi polivalenti hanno portato a risultati negativi o molto discutibili.

Allo stato attuale delle cognizioni occorrerebbe, per ogni caso di *febbre tifoide*, isolare il ceppo patogeno, provarlo con vari ceppi di batteriofago già pronti in laboratorio, e, trovato quello adatto, prepararne i filtrati. Tutte queste operazioni porterebbero a una perdita di tempo prezioso. Perseverando nelle ricerche è peraltro possibile che la terapia delle infezioni tifoidi possa giovarsi della nuova scoperta.

Buoni risultati furono ottenuti anche nelle *infezioni da piogeni* con applicazioni esterne o con iniezioni di filtrati litici nelle immediate vicinanze di un focolaio morboso (ascessi, flemmoni, mastiti).

La via endovenosa è stata tentata, qualche volta con successo, nelle forme gravi setticemiche.

In tutto il mondo ricercatori specializzati insistono nelle ricerche e sono già stati messi in commercio diversi prodotti terapeutici che hanno per principio attivo il batteriofago.

Il tempo e l'esperienza diranno quale sia il valore e l'efficacia di queste preparazioni e se tutte le promesse dei produttori verranno mantenute.

***

Per concludere, tenendo conto dei fatti finora sicuramente accertati, si può presumere che un rimedio a base di batteriofagi sarà tanto più efficace quanto più si avvicinerà a queste condizioni:

1) altissima attività litica specifica verso il germe che si vuol combattere;

2) contatto il più possibile diretto di grandi masse di agenti litici con i germi stessi.

Poichè i preparati cosidetti polivalenti non rispondono che in parte a questi requisiti, essendo assai poco probabile che tutti i ceppi di batteriofagi in essi contenuti esplichino una attività intensa ed efficace, sarebbe desiderabile che i grandi laboratori batteriologici degli Istituti sieroterapici e simili preparassero numerosi ceppi di batteriofagi i quali potrebbero essere acquistati dai Laboratori delle Cliniche e degli Ospedali ed applicati all'ammalato dopo la prova della specificità. Verrebbe risparmiato a questi Laboratori il lavoro lungo dell'isolamento dei ceppi, il quale può essere eseguito meglio dove i mezzi tecnici e il personale abbondano e possono specializzarsi in questo ramo di ricerche che esige precisione e delicatezza.

Occorrerebbe insomma che alla nuova terapia a base di batteriofagi venisse dato un indirizzo più razionale senza troppe preoccupazioni di indole commerciale che possono pregiudicarne il definitivo successo.

***

In questa breve esposizione ho cercato di riassumere le cognizioni che sul tema del Batteriofago sono attualmente acquisite dalla scienza, con la considerazione che, essendosi iniziata l'applicazione pratica di metodi nuovi che per diversi anni erano rimasti nel campo degli studi teorici, sia opportuno che tutti noi, medici ospedalieri o liberi esercenti, ne conosciamo i punti fondamentali per poter con ragionato discernimento adattare agli infermi affidati alle nostre cure i frutti di questa recentissima fra le scoperte.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Roma
diretta dal prof. E. PESTALOZZA.

Sul polso puerperale.

Dott. GIOVANNI PICARDI.

I caratteri del polso offrono uno dei più importanti sintomi per riconoscere e giudicare il modo con cui decorre il puerperio.

Si può dire che il polso nel puerperio è più labile che non la temperatura, e spesso le alterazioni del polso precedono il comparire del rialzo termico; ragione questa per cui esso acquista nel puerperio un'importanza speciale.

Subito dopo il parto è generalmente un po' più frequente che nella gravidanza, ma poco dopo si fa ampio, pieno e la sua frequenza da 70-75 pulsazione al minuto, discende a 54-60, raramente fino a 45. In casi affatto eccezionali si osservano rallentamenti fino a 35 ed anche a 30 battute al minuto.

Secondo alcuni AA. la diminuzione della frequenza del polso si verificherebbe nel secondo giorno di puerperio, secondo altri dal III al IV, dal VI al VII, ecc., e dura per 4-5 giorni. Però, nel maggior numero dei casi, si nota una diminuzione dei battiti fin dal secondo giorno.

Il rallentamento è più spiccato nelle pluripare che nelle primipare, dopo i parti a termine che non dopo gli aborti.

Frequentemente, col polso bradicardico, si accompagnano delle spiccate aritmie.

Circa la spiegazione di questo importante fenomeno che si verifica con grandissima frequenza, in modo più o meno spiccato, nel decorso del puerperio normale, ci troviamo ancora nel campo delle ipotesi.

Dalla più semplice opinione di Fritsch che poneva il fatto in rapporto alla posizione orizzontale nel letto con conseguente riposo del corpo e tranquillità di spirito, a mano a mano vennero considerate come causa l'aumentata tensione arteriosa consecutiva alla notevole diminuzione della circolazione uterina (Blot e Marey). Olschausen e Falaschi l'attribuiscono ad alterazioni del metabolismo e penetrazione nel sangue di grasso prodotto dall'involuzione degli organi genitali; Schröder alla ipertrofia del cuore verificatasi durante la gravidanza ed al suo diminuito lavoro per la improvvisa riduzione dell'area circolatoria. Neumann e Löhlein finalmente alla stimolazione del vago e ad altre influenze nervose.

I sostenitori dell'ipotesi dell'eccitazione del pneumogastrico, pensano quasi concordemente ad un'azione che si riflette attraverso il vago e che trova il punto di partenza in stimolazioni nervose, dovute probabilmente all'azione di sostanze chimiche. Secondo Meyburg le fibre cardiache del vago verrebbero eccitate probabilmente in via riflessa per mezzo dei nervi dell'utero, stimolati dallo stato di progressiva involuzione in cui si trova quest'organo. Swiecicki ritiene che i nervi dell'utero siano pure eccitati chimicamente da speciali sostanze che si formano durante l'involuzione dell'utero: per via riflessa lo stimolo viene trasmesso al vago.

L'ipotesi che la rarefazione del polso nel puerperio sia dovuta a stimolazione del vago e ad altre influenze nervose, sembra la più suggestiva.

È facile infatti pensare che sostanze prodottesi nell'organismo della donna che ha partorito, tenendo conto delle notevoli modificazioni del ricambio della gravida e della puerpera, sostengano l'eccitazione del pneumogastrico: resta da precisare la natura di queste sostanze.

In questi ultimi anni è stata ricercata sistematicamente la ritenzione biliare (forme latenti di ittero) nelle infezioni più diverse che non si accompagnavano ad ittero apprezzabile clinicamente, e la si è svelata frequentemente nella polmonite, spesso nella febbre tifoidea, nel reumatismo articolare acuto, nell'eresipela estesa, nell'appendicite; è stata anche messa in evidenza negli alcoolisti, nei saturnini, durante la gravidanza e nei soggetti che erano stati anestetizzati col cloroformio o l'etere.

La frequenza di questo fatto ha potuto particolarmente essere messa in evidenza, grazie alla conoscenza degli itteri dissociati, nei quali la ritenzione biliare si esplica esclusivamente sia sui pigmenti biliari, sia sui sali biliari.

Gli itteri dissociati dovuti alla sola ritenzione dei sali biliari presentano un grande interesse, perchè sono quelli che rischiano di restare latenti, se non si ricercano sistematicamente. La loro esistenza era stata segnalata incidentalmente, dal 1895, in una serie di stati morbosi più diversi (turbe gastriche febbrili, tubercolosi polmonare, reumatismo articolare acuto, paludismo, ecc.) ed era stata segnalata anche la presenza di sali biliari nel siero di malati che non avevano ittero clinicamente apprezzabile.

Un po' più tardi, quando si fecero le ricerche sul valore della reazione di Hay, si segnalò che su 100 malati presi alla rinfusa in

un reparto di medicina e che non presentavano affatto ittero, vi erano 40 casi nei quali la ritenzione dei sali biliari, provata coll'eliminazione urinaria, poteva esser messa in evidenza; e, in particolare, si constatò che tutti i polminitici esaminati avevano dei sali biliari nelle loro urine.

Più recentemente è stato constatato che queste forme di ittero sono frequenti nel corso delle infezioni e delle intossicazioni le più diverse.

Sono stato portato a considerare la possibilità che profonde modificazioni dell'organismo della donna gravida, i cui organi — tra i quali hanno enorme importanza il fegato ed i reni — sono tenuti anche a distruggere sostanze tossiche che si formano a causa del nuovo stato in cui si trova la donna, determinino di regola, alla fine della gestazione, una forma di ittero, e ciò per l'equilibrio instabile determinato nella funzione degli organi materni dai fenomeni della maternità.

Pensando perciò ad un ittero dissociato dovuto alla sola ritenzione dei sali biliari, risulterebbe abbastanza facile incolpare l'azione dei detti sali sul vago come causa della bradicardia che suole verificarsi nel puerperio.

Ho ricercato perciò la ritenzione dei sali biliari attraverso la loro eliminazione con le urine, in un certo numero di puerpere. Ho adoperato la prova di Hay e Pettenkofer; quest'ultima ha dato, rispetto alla prova di Hay, risultati spesso negativi e talora contradittori. Il valore della prova di Hay è ammesso chiaramente da Castaigne e da Martinet, quando sia praticata con precisione di tecnica.

Ricercando nelle urine di 70 puerpere ho trovato sempre la presenza di sali biliari, in qualche caso sin dal giorno successivo a quello del parto, in altri nel 2° giorno di puerperio; spesso insieme ai sali biliari ho trovato pure urobilina, mai pigmenti biliari. Non ho potuto seguire molti casi o per la qualità delle urine (sanguinolente) o perchè le puerpere hanno lasciato presto la Clinica.

Ho potuto seguire soltanto 22 casi attentamente, avendo anche i dati relativi all'andamento del polso; alcuni casi sono stati seguìti fin dagli ultimi giorni della gravidanza.

CASI ESAMINATI.

CASO I. — O. R.

1ª giornata di puerperio: peso spec. 1008; reaz. neutra; prove: Hay neg.; Pettenkofer neg.; urob. ass; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1007; reaz. acida; Hay pos.; Pettenkofer neg.; urob. ass.; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1012; reaz. acida; Hay pos.; Pettenkofer neg.; urob. ass.; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 70-76 pulsazioni al minuto.

CASO II. — P. S.

1ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer pos.; urob. ass.; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer pos.; urob. ass.; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay debole; urob. ass. pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay debole; Pettenkofer neg.; urob. ass.; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 66-70 pulsazioni al minuto.

CASO III. — S. M. Primigravida. Parto spontaneo.

1ª giornata: p. sp. 1007 reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer neg.; urob. tracce; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1014; reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer neg.; urib. ++; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer neg.; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 66-80 pulsazioni al minuto.

CASO IV. — R. C.

1ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay pos.; Pettenkofer neg.; urob. tracce; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1010; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer +; urob. ++; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1021; reaz. ac.; Hay ++; Pettenkofer +; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer +; urob. +; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer +; urob. +—; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-75 pulsazioni al minuto.

CASO V. — V. U.

1ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 66-80 pulsazioni al minuto.

CASO VI. — R. A. Primigravida.

P. sp. 1016; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay ++; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay ++; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-80 pulsazioni al minuto.

Caso VII. — B. O.

P. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 64-70 pulsazioni al minuto.

Caso VIII. — P. A.

P. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1017; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. +—;

1ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1007; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 65-78 pulsazioni al minuto.

Caso IX. — S. E.

P. sp. 1005; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1009; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-80 pulsazioni al minuto.

Caso X. — Di C. M.

P. sp. 1015; reaz. ac.; Hay +; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay +; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1009; reaz. ac.; Hay +; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 65-78 pulsazioni al minuto.

Caso XI. — F. P.

P. sp. 1007; reaz. ac.; Hay + deb.; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1009; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-76 pulsazioni al minuto.

Caso XII. — M. D.

P. sp. 1012; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1013; reaz. ac.; Hay ++; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Polso tra 60-80 pulsazioni al minuto.

Caso XIII. — C. L.

2ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. ++; pigm. bil. ass.

Polso tra 66-84 pulsazioni al minuto.

Caso XIV. — M. A.

P. sp. 1015; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1010; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1010; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 66-72 pulsazioni al minuto.

Caso XV. — C. I.

1ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. + deb.; pigm. bil. ass.

2ª giornata: reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay + deb.; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

6ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-84 pulsazioni al minuto.

Caso XVI. — M. Q. Primigravida.

1ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 70-80 pulsazioni al minuto.

Caso XVII. — G. E.

P. sp. 1009; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1010; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1015; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1013; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 72-84 pulsazioni al minuto.

Caso XVIII. — De T. C.

P. sp. 1020; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

P. sp. 1017; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1019; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1021; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-80 pulsazioni al minuto.

CASO XIX. — S. L. Primigravida.

P. sp. 1017; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

P. sp. 1012; reaz. ac.; Hay + deb.; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1014; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1016; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 70-80 pulsazioni al minuto.

CASO XX. — Di M. M.

P. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1017; reaz. ac. Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 64-80 pulsazioni al minuto.

CASO XXI. — G. A.

P. sp. 1015; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer +; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1012; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

5ª giornata: p. sp. 1011; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-84 pulsazioni al minuto.

CASO XXII. — L. S.

P. sp. 1021; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. +; pigm. bil. ass.

1ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer +; urob. +; pigm. bil. ass.

2ª giornata: p. sp. 1022; reaz. ac.; Hay +; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

3ª giornata: p. sp. 1020; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

4ª giornata: p. sp. 1018; reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

5ª giornata: reaz. ac.; Hay —; Pettenkofer —; urob. —; pigm. bil. ass.

Temperatura normale. Polso tra 68-80 pulsazioni al minuto.

CONCLUSIONI.

Presenza costante di sali biliari nelle urine delle puerpere, ricercati colla prova di Hay.

I sali biliari in alcuni casi erano presenti anche negli ultimi giorni di gravidanza, specialmente all'inizio del travaglio. Qualche volta presente anche l'urobilina.

Trattasi evidentemente di un ittero dissociato sostenuto dall'intossicazione da tossine di origine probabilmente ovulare.

L'azione dei sali biliari sul vago spiegherebbe il comportamento del polso nel puerperio.

RIASSUNTO.

L'A. in questo lavoro tende a dimostrare che la causa della bradicardia puerperale risiede nella presenza di sali biliari in circolo.

BIBLIOGRAFIA.

ALLIPRANDI. *Trattato elementare di Ostetricia*, 1839.

BLOT. Citato in GUSS.

HALBAN u. SEITZ. *Biologie u. Pathologie des Weibes*, VIII Band, I Teil, p. 426 e seg.

FALASCHI. *Sul rallentamento del polso in puerperio*. Siena, 1872.

HEIL. Citato in GUSSO.

GUSSO. *Il comportamento del polso nel puerperio fisiologico*. Annali di Ost. e Gin., 1927, p. 498 e seg.

RESINELLI. *Il puerperio*. Trattato di Ostetricia, p. 473 e seg.

CASTAIGNE F., BRULÉ, GARBAN, ecc. *Foie et pancréas*. A. Maloine e fils, éd., Paris, 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su un caso di epitelioma da trauma.

Dott. ORESTE BETTIN e dott. ALDO STAINER
Brentonico (Trento).

Riteniamo utile riferire la presente storia di neoplasia maligna sorta per trauma lieve, perchè interessante sia in rapporto all'etiologia, sia in rapporto all'infortunistica.

La neoplasia infatti fu riconosciuta quale infortunio sul lavoro, malgrado il parere discorde del primo medico che ebbe in cura il paziente.

A. B. fu Andrea, anni 60, da Brentonico (Trento); contadino e muratore; di costituzione robusta; fumatore modico e bevitore discreto. Nulla di notevole nell'anamnesi personale e familiare.

Il 25 agosto 1928, mentre lavorava quale muratore in altro paese, fu colpito casualmente sulla regione mastoidea destra da un'assicella di modico peso, caduta da breve altezza: il colpo fu lieve e lieve la ferita superficiale lacero-contusa riportata, tanto che il B. continuò il lavoro non annettendo alcuna importanza all'accidente. Solo tre giorni dopo, accusando modico dolore alla parte e leggera tumefazione, si presentò ad un sanitario che fece diagnosi di ascesso e prescrisse la cura adatta.

Ma notando un continuo sensibile peggioramento, il paziente ritornò al suo paese: così l'8 ottobre 1928 venne in nostra osservazione.

Alla regione mastoidea destra si notava una ulcerazione della grandezza di una moneta da due lire, con bordi a picco, frastagliati, edematosi, e fondo sanioso, ove a tratti era visibile il periostio. Malgrado le diligenti nostre medicazioni, la lesione mostrava peggiorare, per cui inviammo il B. al più vicino ospedale: ivi il 7 novembre 1928 fu asportato un sequestro osseo e si tolsero le granulazioni esuberanti della dura ispessita; recentati i margini, fu praticata una plastica per scorrimento a lembo.

Il paziente notò da prima un certo miglioramento per cui trascurò di farsi vedere regolarmente da noi: saltuariamente si presentava a un qualche sanitario, variando sempre col variare dei suggerimenti di profani.

Ma nel maggio 1929 ci si ripresentò: la zona di operazione cominciava a tumefarsi e a farsi dolente, finchè si ulcerò: al collo gangli infiltrati.

Sospettando una neoplasia maligna, consigliammo al B. di entrare nell'« Istituto bolognese per l'indagine e la cura del cancro », dove infatti fu accolto ai primi del luglio 1929.

Il direttore dell'Istituto, dott. prof. cav. A. Masotti — che assai gentilmente ci tenne informati sulla evoluzione e sulla cura — riscontrò un esteso e profondo epitelioma in istadio avanzato e presentante notevole gravità, con teca cranica già interessata, in qualche punto in tutto il suo spessore. Fu praticata la diatermocoagulazione della neoplasia per due volte, ma non si potè procedere alla distruzione desiderata, data l'estensione e la gravità del processo.

Ritornato in patria, l'epitelioma si estese lentamente sempre più e le condizioni generali sempre più si fecero scadenti.

Venne a morte il 9 luglio 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La vaccinazione preoperatoria in chirurgia gastrica.

(J. MURARD. *Presse Méd.*, n. 76, sett. 1930).

Gli accidenti polmonari che sopravvengono ad un'operazione fatta sulla parte superiore dell'addome hanno sempre preoccupato i chirurghi. Sarebbe quindi interessante trovare un mezzo che riducesse i rischi di queste complicazioni post-operatorie, il che si può ottenere con la vaccinazione preventiva. Tuttavia una vaccinazione perchè sia efficace deve rispondere a diversi requisiti, come sarà esaminato nel presente articolo.

1) *Qual'è la natura delle complicazioni polmonari post-operatorie?* Sulla natura infettiva delle complicazioni polmonari post-operatorie non si discute più; ne è ancora poco chiara la patogenesi, per la quale si invocano diversi fattori: l'azione dell'anestesia, il riflesso peritoneale, l'embolia settica, e molto recentemente il fattore mecanico, il quale agirebbe provocando un collasso totale o parziale del polmone per l'ostruzione dei grossi canali bronchiali con muco-pus. Da queste diverse teorie si nota come sia ancora difficile stabilire la natura degli incidenti da combattere.

2) *Quali sono le specie microbiche in causa? Ci si può premunire contro di esse?*

Questa questione è anche più difficile a risolvere della precedente, perchè è noto quanto sia indaginoso isolare i microbi delle infezioni polmonari, che possono essere di specie diversa; inoltre ammettendo una varietà di streptococco che dal focolaio settico si diffonde, si sa come la vaccinazione sia spesso inefficace contro lo streptococco.

3) *Quali sono i soggetti che si giovano della vaccinazione?* Questa domanda richiama l'altra: cosa ci proponiamo con la vaccinazione? Di creare l'immunità contro un'infezione.

Ma abbiamo già riferito che la natura dell'infezione polmonare è dubbia nella sua patogenesi, per cui anche una vaccinazione elettiva è difficile; essa tuttavia servirà a creare un maggiore stato di difesa organica contro le infezioni locali addominali; per conoscere questa sensibilità organica Bazy si serve della sua intradermoreazione, e Lambret ha trovato che la cutireazione può essere un mezzo per svelare nei soggetti gli stati di sensibilità microbica, che si giovano della vaccinazione.

4) *Quale vaccino usare?* I vaccini usati dai vari autori sono diversi; quello iniettato secondo la tecnica di Lambret sembra molto utile; ma è difficile a procurarlo, ed impone un lasso di tempo che non sempre si può

accettare in operazioni gravi. L'A. usa il vaccino I. O. D. polivalente III, preparato utilizzando i germi: pneumococco, streptococco, stafilococco, tetrageno, *micrococcus catarralis*.

Per poter stabilire che un vaccino, come qualsiasi medicina, abbia prodotto il suo effetto, e che il miglioramento o l'assenza di complicazioni non sia il risultato d'un caso fortuito, è necessario raccogliere molti casi che abbiano un certo comportamento identico. Infatti il vaccino I. O. D. pneumo-strepto è stato usato in 79 casi; di questi, in 11 si ebbero incidenti polmonari di varia importanza, di cui 5 di una certa importanza; tali complicazioni si svilupparono in individui con precedenti bronchitici o polmonari; in tutto si sono avuti solo due decessi.

La vaccinazione preventiva nelle operazioni sull'addome, mentre ha dato buoni risultati, ha anche mostrato che non può essere applicata con un qualsiasi vaccino inefficace, ma deve essere intesa con criterio biologico, per allontanare i rischi dell'operazione.

L. CARUSI.

Brevi considerazioni sulla diagnosi differenziale dell'appendicite.

(J. GRINDA SAAVEDRA. *Medicina*, Madrid, ottobre 1930).

Nessuna malattia ha tormentato e tormenta lo spirito dei clinici, quanto l'appendicite. Sebbene su di essa siano stati scritti innumerevoli articoli, purtuttavia non è fuori luogo tornare periodicamente e frequentemente a ripetere i sintomi della appendicite e in questo modo restare sempre all'erta, per non essere sorpresi e cadere in errori grossolani e irrimediabili.

La sintomatologia dell'appendicite è classica, però un organo tanto vario nelle sue dimensioni e nella sua situazione, è logico che comporti una porzione di sindromi diverse.

La diagnosi differenziale deve porsi tra appendicite da una parte e le seguenti affezioni da l'altra: ileo, colecistite, colica renale, lesioni dell'ovaio, psoite reumatica, pancreatite acuta, attinomicosi.

In genere l'occlusione intestinale incomincia senza febbre e rapidamente presenta sintomi peritoneali; il dolore nella appendicite è invece più costante che nell'ileo, ove si presenta ad accessi. Le modificazioni del polso in rapporto con la temperatura appaiono più presto nella appendicite. Il meteorismo è più diffuso nella appendicite che nell'ileo, mentre in quest'ultimo è frequente il peristaltismo, visibile nelle anse intestinali libere.

La formula leucocitaria rivela nella appendicite una leucocitosi, accompagnata da forte reazione mieloide.

In molti casi non è facile la diagnosi differenziale fra i due processi ed alcune volte è saggio consiglio ricorrere alla laparatomia esplorativa, tanto più che entrambi i processi sono curabili con intervento chirurgico.

Nel maggior numero dei casi non esiste dubbio tra appendicite e colecistite: basti ricordare il differente modo di insorgenza e la esistenza di sintomi chiari di affezione biliare. Alla palpazione la zona dolorosa è più alta nella colecistite che nella appendicite, ove il dolore è più circoscritto intorno al classico punto di Mc Burney.

Ma non sempre le cose sono così appariscenti e ammettono una buona differenziazione: talora sono concomitanti entrambi i processi, ed allora, nel dubbio, occorrerà stare guardinghi a non trattare una colecistite con purganti salini, clisteri, ecc., che possono produrre grave danno alla appendicite. Lo studio attento della formula leucocitaria potrà illuminare sulla esistenza di infiammazione notevole o suppurazione.

L'appendicite può essere confusa con le coliche renali e viceversa. Nel dubbio si indagherà accuratamente la sede del dolore, si ricercherà la formula leucocitaria e si eseguirà una buona radiografia che può svelare la presenza di calcoli specialmente nell'uretere.

Non è rara la confusione tra la appendicite e le lesioni dell'ovaio. È frequente incontrare delle appendici piegate verso l'ovaio o addirittura ad esso aderenti. È stata descritta una dismenorrea appendicolare. La sintomatologia sarà allora quella propria dei due processi combinati.

Soltanto una formula leucocitaria ripetuta durante alcuni giorni permetterà di escludere il processo appendicolare.

La diagnosi differenziale tra l'appendicite e la pancreatite acuta vien fatta quasi sempre nel corso della laparatomia o della autopsia. Per fortuna la pancreatite è affezione piuttosto rara.

I sintomi fisici di essa sono dolori a destra che si propagano a sinistra nella regione splenica e talora anche alla scapola sinistra.

Dopo poche parole sulla diagnosi tra appendicite e attinomicosi, l'A. passa a dire della confusione che si fa talvolta tra appendicite, peritiflite, tiflite e colite: egli è di opinione che la totalità delle cosidette tifliti e peritifliti sono appendiciti e che la gran maggioranza delle coliti risentano sempre beneficio ed anche talvolta guariscano dopo la appendicectomia.

VICENTINI.

Mixoglobulosi dell'appendice vermiforme.

(G. JURCEV. *Arch. It. Anat. Istol. Patol.*, n. 4, luglio-agosto 1930).

La mixoglobulosi dell'appendice vermiforme, così chiamata da Hauseman, è una malattia piuttosto rara, e consiste in un speciale

aspetto che assume il muco appendicolare; si presenta cioè sotto forma di masserelle sferoidali, di piccolo volume, nettamente indipendenti le une dalle altre, in numero variabile, e talora considerevole, biancastre, semitrasparenti, di aspetto gelatinoso e di consistenza molle, che nell'insieme ricordano un conglomerato di uova di rana.

La malattia è rara, ed accanto ai due casi riferiti per esteso, l'A. ne ha potuto raccogliere in tutto 25 nella letteratura.

Senza riferire le ricerche particolari isto-patologiche dei due casi, si può notare in complesso che il reperto quasi costante della mixoglobulosi consiste in un processo infiammatorio dell'appendice vermiforme e nell'obliterazione del suo orifizio cecale. Queste condizioni sembrano indispensabili per spiegare la patogenesi delle sferettine di muco, qualunque sia il processo che le determinano.

L'obliterazione parziale più frequente di quella totale è stata spiegata in diverse maniere; tuttavia ha grande importanza il processo infiammatorio, il quale dapprima determina la caduta dell'epitelio di rivestimento, e quindi la cicatrizzazione con il restringimento del lume. Questa impedita comunicazione dell'appendice con l'intestino determina la raccolta dei prodotti di secrezione della mucosa appendicolare nel lume stesso.

Tale contenuto, che si accumula senza poter essere eliminato, produce la dilatazione dell'appendice; l'obliterazione del lume cecale impedisce al contenuto intestinale di passare nell'appendice, e quindi ai germi intestinali di apportare alle masserelle di muco quelle modificazioni che le farebbero perdere i loro caratteri fisico-chimici necessari per mantenere la forma sferulare.

Perchè la mixoglobulosi è così rara in confronto alla frequenza dell'appendicite?

Secondo l'A., ciò dipende dal contenuto appendicolare scarsamente virulento, il quale produce uno stato infiammatorio modico, con continua secrezione di muco, che non può essere assorbito.

La formazione delle sferettine di muco dipende dalla trasformazione cistica delle ghiandole della mucosa appendicolare; alle sferettine che costituiscono il nucleo centrale dei globuli liberi di muco si aggiunge altro muco secreto dalle cellule mucipare in comunicazione con il lume appendicolare, che si modella sul nucleo centrale per i movimenti peristaltici dell'appendice. Questi movimenti peristaltici avrebbero una duplice funzione: di determinare la rottura della parete assottigliata dalla cisti e di liberare così le sferettine in esse contenute, e di far proseguire il processo di stratificazione del muco, mantenendo la forma rotondeggiante dei globuli già formati.

Intorno alla patogenesi del morbo diverse sono le opinioni, perchè molti fattori vi contribuiscono; di essi si possono considerare principali: 1) il processo infiammatorio dell'appendice vermiforme; 2) la mancata comunicazione del lume appendicolare con il lume intestinale; 3) mancanza di germi e materiali fecali nel lume appendicolare; 4) formazione abbondante di muco. Altre condizioni riguardano più da vicino la patogenesi del processo morboso, e cioè: 1) la presenza nella parete dell'appendice vermiforme di vere e proprie cavità di modellamento del muco secreto; 2) i movimenti peristaltici dell'appendice vermiforme.

Il volume delle sferettine è vario, la quantità è notevole, da 500 a 1500 nella dilatazione appendicolare.

L. CARUSI.

L'occlusione intestinale acuta dopo appendicectomia.

(CAHEN. *Journ. d. Chir. et Ann. d. la Soc. Belge d. Chir.*, n. 3, 1930).

Complicazione rara e temibile la cui frequenza è stata stimata da Körte al 2 % dei casi e di cui l'A. riporta due casi.

Nel 1° caso si trattava di un ragazzo di 13 anni operato dopo 4 ore dall'inizio della crisi di appendicite. Appendice gangrenata e perforata. Appendicectomia e drenaggio. In 4ª giornata inizio dei fenomeni di occlusione. Secondo intervento in 6ª giornata: il cieco era appiattito e il tenue enormemente dilatato. Le ultime anse del tenue erano appiattite e agglutinate ad angolo acuto per un processo di peritonite plastica. Enterostomia su un'ansa del tenue, convenientemente scelta e fissata alla pelle. I fenomeni gravi continuarono ancora per tre giorni e solo in 5ª giornata si ebbe emissione di feci dall'enterostomia. In cinque giorni erano stati somministrati, per combattere la disidratazione consecutiva al vomito e l'intossicazione, 12 litri di soluz. fisiol. per via sottocutanea, 4 litri per via rettale e una certa quantità di soluzione ipertonica al 20 % per via endovenosa. Miglioramento rapido. Chiusura dell'ano ileale dopo due mesi e mezzo.

Il 2° caso è simile al 1°. L'occlusione si manifestò in 7ª giornata dopo l'appendicectomia. Reintervento in 8ª giornata:

Si trovò il cieco appiattito e l'ultima ansa ileale accollata a canna di fucile al cieco-ascendente. Alcune aderenze univano ad angolo acuto le ultime anse del tenue. Enterostomia nella porzione distale del tenue dilatato. Miglioramento rapido.

L'A. richiama l'attenzione su tale complicazione che in principio può essere confusa con una paresi intestinale post-operatoria ed è solo dopo l'insuccesso dei comuni mezzi evacuativi che l'intervento viene deciso. Qualche volta si possono trovare delle briglie e basta la loro sezione per rimuovere l'ostacolo

e ristabilire il circolo intestinale; ma quando ci si trova in presenza di un processo di peritonite plastica localizzata, con agglutinazione ad angolo acuto delle ultime anse del tenue, l'ano ileale è l'intervento di scelta.

G. PACETTO.

La malattia celiaca.

(P. WORINGER. *Journ. de Méd. de Paris*, n. 34, 1930).

A differenza delle altre malattie intestinali, la malattia celiaca determina anche nella seconda e terza infanzia gravi disturbi della nutrizione generale.

Gli abnormi processi intestinali determinano un aumento di volume dell'addome, il ventre grosso contrasta allora singolarmente con la notevole magrezza degli arti. Le pareti addominali sono generalmente flaccide e permettono una palpazione profonda, di tanto in tanto si sviluppa però un notevole meteorismo. La forte distensione dell'addome induce spesso alla diagnosi errata di peritonite tubercolare, specialmente se il contenuto intestinale liquido dà un senso di fluttuazione (pseudoascite). Le feci, emesse 1-3 volte al giorno, sono molto abbondanti (1000-1500 gr. al giorno, invece dei normali 50-80 gr.) esse sono molli, schiumose, di colore grigio-biancastro, fetide. I bambini hanno una statura molto inferiore a quella corrispondente alla loro età, essi sono molto magri, specialmente agli arti e al tronco, la cute è pallida, secca, flaccida. I bambini sono stanchi, melanconici, essi si muovono con lentezza, rimangono abitualmente immobili a letto; i muscoli sono ipotonici. Periodi di anoressia si alternano con periodi di fame intensa. La malattia dura dei mesi o degli anni; sono frequenti delle crisi di denutrizione acuta in cui il peso precipita, diminuendo di 300, 400, o anche 500 gr. in un solo giorno, mentre contemporaneamente lo stato generale si aggrava, la cute assume un colorito terreo, gli occhi si cerchiano, si accentua la spossatezza fisica e mentale. Dopo 2-3 giorni anche senza alcuna terapia, lo stato generale migliora, il peso riprende ad aumentare. Complicazioni frequenti sono l'osteoporosi, gli edemi, la diatesi emorragica, lo scorbuto, la tetania.

Nei bambini affetti da malattia celiaca la digestione si compie in modo anormale, il metabolismo è inoltre gravemente alterato. E' specialmente alterato il metabolismo minerale e quello degli idrati di carbonio. Farine e zuccheri sono particolarmente mal tollerati, essi aggravano i fenomeni intestinali e anche le condizioni generali. La glicemia a digiuno è bassa, la somministrazione orale e l'iniezione di soluzioni zuccherate sono incapaci di provocare una iperglicemia.

Nella terapia della malattia celiaca è molto importante non tener conto dei fenomeni intestinali e preoccuparsi soltanto delle condizioni generali. Farine e zuccheri sono dannosi e vanno quindi esclusi dalla dieta, che deve essere invece ricca di frutta cruda e verdura. I grassi, mal tollerati dall'intestino, vanno ridotti al minimo. Le sostanze proteiche sono ben tollerate anche in notevole quantità, in forma di carne, uova e formaggio. La dieta raccomandata dall'A. è la seguente: 400 gr. di latte al giorno, preferibilmente in forma di latte albuminoso o babeurre, due volte al giorno purées di spinaci o carote o lattuga con aggiunta una volta di 20-30 gr. di carne macinata, l'altra volta di un tuorlo d'uovo; inoltre formaggio fresco preparato dal latte. Varie volte al giorno, frutta cruda: banane, succo di arancio o limone o pomodoro, o mela raschiata. Non modificare la dieta nemmeno nei periodi di caduta del peso; solo se le feci sono diarroiche, è bene diminuire transitoriamente le frutta. Sembra che l'utilità delle frutta dipenda in gran parte dalla vitamina C che esse contengono. In due casi di malattia celiaca l'A. ottenne buoni risultati dalla dieta suddetta, in un altro caso meno grave, dalla sola somministrazione di vitamina C, senza modificare la dieta.

R. POLLITZER.

SISTEMA NERVOSO.

L'encefalite epidemica nei ragazzi; decorso e prognosi.

(L. LEVI. *Quaderni di Psichiatria*, n. 5-6, 1928).

In un precedente articolo l'A., trattando della patogenesi e della sintomatologia dell'encefalite epidemica nei fanciulli, aveva concluso che manifestazioni neurologiche e psichiatriche dell'encefalite cronica si possono classificare in due categorie, a seconda che siano o non modificabili dalla volontà e dall'ideazione del paziente; e considerava le manifestazioni incoercibili come di natura epilettoide (epilessia sottocorticale); le coercibili, che sono le più caratteristiche, rappresentano fenomeni a tipo isteroideo; tutti questi disturbi sono di natura organica.

Le manifestazioni di perversità encefalitica sono classificate anche in due tipi: a tipo epilettoideo, con criminalità per violenza; a tipo isteroideo, con criminalità per frode. In entrambi i tipi vi è un netto carattere di immoralità.

Nel presente articolo (*ibid.* n. 5-6, 1930) porta il contributo di altre nove osservazioni cliniche.

Delle due forme classiche dell'encefalite cronica, la neurologica (parkinsonismo) e la psichiatrica (pervertimento del carattere), la seconda sarebbe più frequente nell'età infantile.

Nella considerazione dei casi riferiti, l'A. si domanda se i disturbi mentali possano essere attribuiti all'encefalite ep. sofferta, od abbiano diversa etiologia. Mentre non si può escludere che l'e. e. ne sia la causa principale, non si deve togliere valore all'eredità, come causa predisponente a tali sindromi mentali. Infatti nella maggior parte dei casi vi è un'anamnesi familiare con tare organiche; in rapporto al decorso si può notare che la malattia si presenta più grave, e meno facile a guarire in coloro che presentano una predisposizione ereditaria; sicchè bisogna ammettere che per la concomitanza delle due cause, costituzionale ed acquisita, l'eredità abbia agito nel senso di rendere più facile l'invasione dell'infezione encefalitica, e di aggravare la tendenza all'irrequietezza e all'immoralità, caratteristiche di questa malattia. Il decorso progressivo, confrontato con quello regressivo di altri casi, permette di sospettare che la perversità, iniziatasi in rapporto con l'encefalite in soggetti predisposti, possa continuare come malattia a sè; mentre nei soggetti non predisposti, coll'attenuarsi o eventualmente lo spegnersi del processo infiammatorio, si potrebbe sperare un miglioramento o una guarigione, sia pure con difetto. Da questa considerazione scaturisce la prognosi dell'e. e. nei bambini: nei casi con predisposizione ereditaria sarà riservata; negli altri, con anamnesi familiare indenne, si può sperare in un miglioramento progressivo.

L. CARUSI.

Il sonno e i suoi disturbi nell'infanzia.

(CAMERON. *The Brit. Medic. Journ.*, 1 novembre 1930).

L'A. si occupa solo della parte clinica del problema dell'insonnia dei bambini, tralasciando le varie teorie che spiegano il meccanismo del sonno normale.

Insonnia nei bambini piccolissimi. È prodotta da dolore o da malessere o da neuropatia costituzionale ereditaria o da cure erronee. Nel primo gruppo di cause rientrano i dolori da periostite sifilitica, da emorragie sottoperiostee dello scorbuto, da calcoli di acido urico, da otite media, da dispepsia. Nei casi di dispepsia è consigliabile di attaccare il bambino al seno in stato di quiete, perchè il bambino che succhia il latte in stato emotivo ha disturbi della digestione, che secondo l'autore si possono evitare somministrando del cloralio prima di ogni poppata. Fra le cause di malessere una delle più frequenti è l'ostruzione nasale da catarro; in questo caso si metterà dell'adrenalina (poche gocce di soluzione 1:5000) in ogni narice prima di ogni poppata. Pochi sono i neonati che soffrono per neuropatia congenita, mentre molti sono i neonati insonni perchè inadeguatamente custoditi. Negli ospedali i bambini dormono sempre benissimo appunto perchè le cure sono ben fatte e non c'è la madre la quale colla sua ansia non fa che aumentare l'agitazione del bambino che si sveglia di notte. Un mezzo per evitare ciò è che il bambino sia posto a dormire in modo che svegliandosi veda la schiena e non la faccia della madre.

Il cloralio è il migliore ipnotico dell'infanzia. Il bagno caldo prolungato è pure un ottimo rimedio. Il bambino per dormir bene deve essere comodo nei panni, quindi è poco consigliabile l'uso delle fasce.

Insonnia nei bambini più grandicelli. Spesso l'insonnia è in questi bambini provocata dallo stato di nervosismo della madre che non sa rendere quieto il bambino proprio nei momenti che precedono il sonno. Una madre che sa farlo non ha figli che soffrono di insonnia. Perchè il bambino dorma bene è necessaria una ventilazione adeguata della camera e un calore non eccessivo. Inoltre il pasto della sera non dev'essere pesante nè difficilmente digeribile. Non bisogna dimenticare che tanto la mancanza di moto quanto la fatica sono causa di insonnia.

Nei bambini nervosi la fame, la febbre, la fatica e l'eccitamento emotivo, piacevole o penoso, riducono la riserva di glicogeno nel fegato e nei muscoli e colla riduzione della glicemia dànno accumulo di corpi chetonici nel sangue e aumento dell'escrezione dell'azoto. In queste condizioni il sonno del bambino non è normale e il bambino parla, si muove, ha sogni terrificanti.

L'enuresi è pure un inconveniente dei bambini nervosi, nel senso che più il bambino è impensierito e preoccupato del ripetersi del fenomeno che vorrebbe evitare e meno lo evita appunto perchè sogna di urinare.

La dieta ricca di carboidrati è adatta per i bambini nervosi che soffrono di disturbi del sonno. Spesso i terrori notturni si vincono col glucosio.

In alcuni casi rarissimi l'enuresi è di natura isterica e si accompagna a paresi ed anestesia della vescica. In un caso l'autore vide guarire dall'enuresi un bambino solo col metterlo a dormire col padre.

R. LUSENA.

Tumori cerebrali operati per appendicite.

(J. HAGUENAU. *Soc. Médic. des hôp. de Paris*, n. 24, 1930).

L'A. riferisce su cinque casi di tumori cerebrali che furono operati per appendicite, perchè i primi sintomi osservati erano di ordine digestivo. Tutta la storia di questi malati era impostata sul sintoma vomito (benchè vi fosse stata in precedenza della cefalea) ed il

medico era stato chiamato da individui che, in stato di salute apparentemente normale, erano stati presi improvvisamente da vomito.

Il chirurgo pratica l'appendicectomia, la cicatrizzazione operatoria è buona, ma i risultati sono nulli.

L'interesse dei fatti osservati si riassume in tre punti:

1) i caratteri del vomito erano in tali casi sufficienti per indicare l'origine cerebrale?

2) i vomiti, si accompagnavano a sintomi obiettivi abbastanza netti per permettere la diagnosi?

3) il vomito precoce è esso caratteristico di certi tumori?

1) L'anamnesi indica che i vomiti non hanno avuto il carattere tipico, a getto, dell'origine cerebrale; ma un fatto era però costante, cioè che il vomito si aveva in occasione del movimento.

2) In tre dei malati, esistevano delle emicranie di origine recente, che indicavano l'ipertensione endocranica.

3) Per quanto riguarda la terza questione, sembra in realtà che esista una varietà di tumore caratterizzata dalla sua sede, che sarebbe responsabile di questa forma vomitiva e pseudoappendicolare. Tre, dei 5 malati sono stati operati; in due il tumore era mediano e paramediano; nel terzo, si trattava di idatidi multiple del cervello.

Tali tumori per la loro sede avrebbero quindi una ripercussione sul centro del vomito. Sicchè, il vomito precoce, che compare prima di ogni altro sintomo, potrebbe avere un significato abbastanza preciso per attirare l'attenzione del neurologo e del chirurgo.

fil.

Equivalenti dell'emicrania.

(J. M. NIELSEN. *Amer. journ. psych.*, 1930, pag. 637).

Che i disturbi psichici possano sostituire gli accessi di emicrania è stato asserito fin dal 1834 ed anche descritto, in tempi più recenti, dal Mingazzini. Oppenheim, però ritiene assai dubbio che ciò possa essere ed attualmente i pareri sono divisi.

In un caso descritto dall'A. si trattava di un medico di 37 anni che soffriva di attacchi di disturbi mentali caratterizzati da una lieve depressione emozionale, seguiti da stranezza di carattere e poi da amnesia di un tipo particolare; il malato era incapace di ricordare parole, eventi e non poteva sostenere una conversazione perchè dimenticava quello che l'interlocutore aveva detto. Tale stato durava 3-6 ore e si aveva una volta ogni 6-12 mesi. Oltre a ciò, egli soffriva di emicrania con ambliopia parziale ed emianopsia, ma senza cefalea, nè nausea, nè vertigini o dolori. Gli accessi di emicrania duravano da 15 minuti ad un'ora ed erano assai più frequenti che quelli confusionali.

L'A. ritiene che tali accessi confusionali fossero equivalenti della emicrania. Secondo il suo parere possono tali accessi considerarsi come equivalenti dell'emicrania: 1) quando sono brevi (da poche ore a due giorni al massimo) non associati a perdita di conoscenza, non progrediscono col tempo, non provocano deterioramento mentale, si hanno fin dal primo tipico attacco di emicrania; 2) sopravvengono in individui che non sono nè isterici, nè epilettici; 3) lo stato psichico ed emozionale è normale nel periodo interaccessuale.

fil.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Prof. D. MAESTRINI. *Il cuore del tubercoloso.* (Studio morfologico clinico ed anatomo-patologico). Pagg. VIII-236, con 107 figure e 60 tavole nel testo. Editore L. Pozzi, Roma, 1930. Prezzo L. 30.

Ci sia consentito di riportare la Prefazione, scritta per questo volume, dall'illustre clinico on. prof. Eugenio Morelli:

« Il nome del prof. Maestrini è oramai così noto nel campo scientifico che certo non occorreva altri facesse al pubblico studioso la presentazione del suo libro *Il cuore del tubercoloso.* Il desiderio di una presentazione solo rappresenta la modestia eccessiva del ricercatore.

« Pur sentendone la inutilità, ho accettato di scrivere le mie impressioni sul lavoro solo per mettere in evidenza un merito notevole dell'autore in opposizione con una dannosa tendenza che va generalizzandosi fra i giovani. Purtroppo vediamo giornali e riviste pieni zeppi di piccole note isolate, slegate, senza visione di assieme, che stanno a rappresentare l'aneddoto scientifico più o meno interessante, in confronto al lavoro lungamente pensato.

« La ricerca lunga, paziente, sistematica, che richiede esperimenti spesso difficili e ripetuti, è purtroppo abbandonata dai più. L'idea così detta geniale è sostituita troppo spesso alla severa dimostrazione scientifica; anche in scienza i giovani dimostrano troppa fretta di arrivare. A questa tendenza ci si deve opporre anche a costo di esagerare in senso contrario, anche a costo di essere chiamati pedanti e pesanti.

« E' perciò che mi compiaccio del lavoro del prof. Maestrini il quale ha affrontato un tema difficile e lo ha svolto con metodo, dimostrando di averlo fortemente meditato, lungamente studiato.

« L'argomento è difficile e certo non totalmente risolto dal punto di vista clinico. Penso abbia ben fatto l'autore a non trarre deduzioni assolute ed affrettate.

« E' mia convinzione assoluta che quando si parla di riflessi della infezione tubercolare sui diversi visceri, troppo spesso si incorra in errore. Il decorso della tubercolosi è troppo diverso da individuo ad individuo e non è confrontabile con le altre malattie infettive a decorso acuto. Solo le forme tubercolari a decorso acutissimo, le forme miliariche, possono avere sul cuore una espressione tossica pressochè uguale nei diversi individui; non certo le forme croniche o subacute.

« Come osserviamo dei tubercolosi che apparentemente sono in pieno benessere e che possono durare in tale benessere per mesi e per anni avendo solo rari periodi di riacutizzazione, possiamo invece osservare dei tubercolosi con forte deperimento, non in relazione all'entità semeiotica della forma morbosa; come vediamo forme tubercolari iniziali o apparentemente lievi con gravi rialzi termici, così osserviamo tubercolosi con gravi forme, quasi apirettici. Probabilmente il fatto è legato per il polmone alle condizioni locali che facilitano più o meno l'assorbimento di tossine.

« E' certo che in tema di tubercolosi facciamo troppa confusione fra la tubercolosi pura e la tubercolosi unita ad altre infezioni. Il danno esplicato sul cuore da una tubercolosi ossea, da una tubercolosi renale, da una tubercolosi del testicolo è quasi sempre molto lieve. Il danno apportato dalla tubercolosi polmonare e intestinale può essere qualche volta grave, qualche volta minimo.

« Ciò fa pensare che nella infezione tubercolare il danno si debba alle concause, cioè più specialmente alle infezioni miste. Attribuiamo alla tossina tubercolare il danno dovuto alla tossina d'infiniti altri microrganismi che ha trovato libera la porta di entrata nel torrente circolatorio per la presenza della lesione tubercolare. Poichè l'infezione pura può permettere condizioni cardiache ottime per molto tempo, si è portati a pensare che molte volte anzichè essere la tossina che danneggia il cuore, sia il cuore che si trova, o nella sua muscolatura o nella sua innervazione, in condizioni di facile labilità e di alterata reazione.

« Quanto dico per il cuore deve essere detto per le arterie. Abbiamo dei periodi di ipotensione e dei periodi di ipertensione arteriosa. E bene ha messo in evidenza l'autore la frequente ipotensione da iposurrenalismo. Ma anche a questi periodi di ipotensione possono seguire dei lunghi periodi di pressione arteriosa normale, pur progredendo il processo tubercolare. E perciò si domanda se il processo tubercolare per se stesso o delle concause abbiano apportato l'ipotensione.

« La tubercolosi è malattia a così lungo decorso, che può essere interrotta, complicata, aggravata dalle svariate forme patologiche che anche in individui non tubercolosi possono insorgere, ed è perciò che bisogna essere prudentissimi sempre nelle deduzioni. Il tubercoloso diventa un ipersensibile per le minime lesioni: il suo organismo si trova in istato di continua intossicazione, e per cause minime ne restano infrante le possibilità difensive.

« E nel campo circolatorio, specialmente per quanto riguarda il cuore di destra, non si deve scordare che molte lesioni croniche, a tipo cirrotico, possono ridurre il campo circolatorio, similarmente a quanto può accadere nell'enfisema, apportando in tal modo sforzo del ventricolo destro. E si deve pure ricordare che lesioni polmonari possano diminuire, per diminuita potenza inspiratoria, l'afflusso venoso. In tal caso dei fatti puramente meccanici vengono a unirsi ai fatti tossici.

« Il libro, pieno di cognizioni utili, ha bene aggiornato il problema per se stesso arduo e complicato. Darà il mezzo anche ad altri studiosi di potere proseguire lo studio del difficile argomento. E ciò non è piccolo merito ».

Roma, ottobre 1930-VIII.

Prof. EUGENIO MORELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. LUIGI SICILIANO. *Lezioni di Radiologia, Radioterapia ed Elettrologia.* Vol. in-16° di pagg. 292. Libr. Intern. Seeber, Firenze.

L'A., nella sua prefazione, avverte che il manuale è ad uso degli studenti di medicina: ma potrà essere utile anche a quei cultori della medicina che non sempre hanno il tempo e la possibilità di studiare nei trattati di radiologia.

Nelle sue lezioni il Siciliano ha cercato di raccogliere i dati fondamentali che riguardano lo studio radiologico dei vari apparati e le principali indicazioni terapeutiche, perchè non sarebbe stato possibile concentrare in piccola mole tutte quelle cognizioni e quelle ricerche sia nel campo della diagnostica che nella terapia e che possono solo essere raccolte in un trattato.

Le lezioni sono semplici e chiare e succinte e dànno allo studente la traccia che permette un'idea comprensiva di tutta la materia. Dopo un breve capitolo sulla fisica dei raggi X, sulle nozioni di tecnica radioscopica e radiografica (pag. 35), l'A. passa in rassegna i metodi per la ricerca dei corpi estranei; lo studio radiologico del sistema scheletrico, dei denti, del cuore e dei grossi vasi, dell'apparato respiratorio, del mediastino e del diaframma, dell'apparato digerente; del fegato e delle vie biliari, dell'apparato urinario. I metodi speciali di contrasto vengono trattati in un capitolo a parte. In una cinquantina di pagine vengono trattate brevemente e chiaramente la roentgen-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

terapia, la curieterapia, l'elettrodiagnostica, l'elettroterapia, e infine le correnti di alta frequenza e i raggi ultravioletti e infrarossi.

E. MILANI.

H. STRAUSS. *Die Prokto-Sigmoskopie.* 2ª ediz. Un vol. di pag. 100 con 48 illustrazioni e 9 tavole a colori. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1930.

Il libro si occupa della tecnica della retto-sigmoidoscopia.

Vengono presi in considerazione gli apparecchi più comuni di cui è descritto in modo esauriente il modo di usarli. La parte diagnostica occupa quasi tutto il libro; vengono descritti e illustrati abbondantemente i reperti rettosigmoidoscopici. Nelle tavole sono riprodotti i quadri rettoscopici delle malattie dell'ultimo tratto del tubo digerente.

L'edizione è in carta di lusso con riproduzioni a colori ineccepibili delle figure.

VALDONI.

SCHETKTER LÉON, - *Eléments d'interprétation radioscopique et radiographique des poumons.* Paris, O. Doin, 1930. Fcs. 12.

Sono schematizzate in 94 pagine le conoscenze necessarie per poter trarre interesse da un esame radiologico dell'apparato polmonare. Può servire come guida nello studio e nella consultazione di trattati più organici.

MONTELEONE.

KOWARSCHIK. *Diathermie.* Springer, ed. Berlino, 1930. M. 16. 80.

E' questa che vede la luce la VII edizione del libro del K. che ha avuto largo successo e che già altre volte abbiamo ricordato in questa rubrica.

Anche questa nuova edizione porta numerose varianti e nuove figure degli apparecchi più moderni e indicazioni della cura aggiornata rispetto ai risultati ottenuti in questi ultimi anni.

In fondo il libro mantiene quella fisionomia che — per coloro che ignorano la lingua tedesca — hanno imparato a conoscere nelle buone edizioni italiane recenti di Chiozzi e Vidale (Città di Castello, 1929. Tip. L. da Vinci).

E. MILANI.

NOTE STORICHE

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Palermo.
Direttore inc.: prof. CACIOPPO.

Su un dato antico bibliografico riguardante la dieta aclorurata

per il dott. LEOPOLDO BERETVÀS, libero docente.

Dopo le prime e molto incoraggianti esperienze della Clinica Dermatologica di Giessen nella cura del lupus colla dieta di Gerson avremo certamente fra non molto comunicazioni da parte di altri osservatori, le quali non potranno essere meno favorevoli a tale cura. Questa mia convinzione si basa sulle prime sebbene modeste osservazioni mie fatte nella cura del lupus colla dieta aclorurata e di cui ebbi a riferire in un lavoro sotto stampa. (*Arch. di Dermatologia*).

Il dato antico bibliografico sul quale richiamo l'attenzione con questa mia breve nota si trova nel ben noto racconto delle avventure di Robinson Crusoè scritte per la gioventù dal De Foe. Faccio senz'altro seguire la traduzione del brano in questione dalla versione tedesca in mio possesso, supponendo che i colleghi si ricorderanno ancora della bella storia che da più di due secoli esercita il suo fascino sulla fantasia della gioventù. Dopo di che Robinson ha liberato il suo Venerdì dalle mani dei selvaggi e gli dà le prime istruzioni di un civil vivere, è detto letteralmente:

« Al massimo impressionato era egli (Venerdì) per il fatto, che io mangiai del sale. Mi faceva capire con gesti, che il sale non andava per il suo palato. Lo leccava, e poi si scuoteva e sputava, sciacquandosi inoltre con acqua la bocca. Io allora presi della carne senza sale e facendo anch'io il gesto dello sputare esprimevo così l'effetto, che mi faceva la mancanza del sale. Ma non ho ottenuto niente. Per parecchio tempo ancora egli rifiutava di aggiungere del sale alla carne o al brodo e anche più tardi non faceva che pochissimo uso di sale ».

Senza toccare qui la questione se il racconto di De Foe è preso dal vero, l'avversione attribuita ad un uomo primitivo verso il sale, corrisponde esattamente all'idea genialmente formulata e anche trasmessa in pratica dal Gerson. È possibilissimo, che il particolare raccontato dal De Foe ha per base un dato di fatto. Diversamente sarebbe uno di quei non pochi casi dove l'intuizione poetica ha precorso di molto l'osservazione scientifica.

SUNTI DI DISCUSSIONI IMPORTANTI

Rapporti fisiologici fra pelle ed organismo.

(C. FOÀ. *Il Convegno med. di S. Pellegrino*, giugno 1930).

L'importanza dell'organo cutaneo, considerato in se stesso e nei suoi rapporti con l'organismo, appare ogni giorno più grande, se si tien conto che esso costituisce una vasta superficie di contatto col mondo esterno, sicchè la pelle adempie a parecchie funzioni: 1) è tentacolo teso a captare molte specie di stimoli ed è quindi un complesso organo di senso; 2) è una coltre impermeabile che copre l'organismo dal mezzo in cui questo si trova e, tuttavia, opera scambi biochimici e biofisici con tale mezzo; 3) è un sistema ghiandolare che libera l'organismo da tossici e che fabbrica, per suo vantaggio, sotto l'azione dei raggi solari, la vitamina calcio-fissatrice; 4) è un sistema termoregolatore adatto a reagire contro le variazioni della temperatura esterna; 5) è un rivelatore sensibilissimo degli stati d'animo e delle emozioni che si palesano con variazioni del suo stato elettrico, con contrazioni dei muscoli sottocutanei, con mutamenti dei vasi.

Funzioni difensive. Appartiene a queste la sensibilità al dolore, che permette di retrarre una parte del corpo minacciata da un agente nocivo. La pelle inoltre contribuisce col rene a proteggere l'organismo da talune intossicazioni. Anche come difesa deve interpetrarsi la formazione del pigmento nelle zone esposte all'azione di radiazioni.

Funzione termoregolatrice. Viene esercitata mettendo in azione due meccanismi, la sudazione ed il mutevole grado di replezione vasale. L'uomo è fra i pochissimi esseri che sudino su tutta la superficie (i cani ed i felini, p. es., non hanno ghiandole sudoripare che nei polpastrelli delle dita). Ma anche la pelle dell'uomo non suda dovunque con la stessa intensità per la diversa distribuzione delle ghiandole sudoripare, come risulta dai seguenti dati, che esprimono il numero di ghiandole sudoripare per cmq.:

Fronte 140; guancia 60; petto, addome 225; nuca, dorso, natiche 50; braccio e gambe 55-70; mano (sup. palmare) 310; mano (sup. dorsale) 170; piede (sup. plantare) 300; piede (superiore dorsale) 100.

Complessivamente, l'eliminazione di acqua attraverso la pelle sarebbe di 30 grammi per ora, ma questa cifra non rappresenta che una media di valori assai distanti, in quanto che tale eliminazione subisce molteplici influenze.

Alla varia distribuzione delle ghiandole corrisponde una diversa composizione del sudore nelle diverse regioni della pelle. Così la concentrazione di idrogenioni (pH) varia da 3 (nei punti di maggior acidità) a 6,16 nel cavo ascellare.

La secrezione sudorale è in dipendenza della innervazione simpatica; vi ha certamente influenza anche l'afflusso di sangue, ma può sudare anche la pelle ischemica (terrore, nausea), mentre, d'altra parte, l'iperemia febbrile non fa sudare.

L'indipendenza dell'attività ghiandolare dalla circolazione è evidente nell'arto isolato, di cui le ghiandole secernono ancora sudore. Tali ghiandole, poi, rappresentano un'eccezione al criterio farmacologico di distinzione del sistema nervoso autonomo in simpatico e parasimpatico; di fatto, p. es., l'adrenalina non è in grado di eccitare le ghiandole sudoripare, pure essendo un ormone simpatico-tropico, mentre i farmaci parasimpatico-tropici hanno una azione nettissima (eccitante, come la pilocarpina, inibitrice, come l'atropina).

La temperatura esterna, il grado di umidità dell'atmosfera, la ventilazione sono i fattori che agiscono sulla sudazione; la prima, soprattutto nell'agevolarla, gli altri due fattori per facilitare od ostacolare la evaporazione. La sudazione provocata dall'aumento di temperatura esterna è generalmente localizzato all'area su cui agisce la temperatura stessa, ma in molte persone (convalescenti, obesi) al riscaldamento di una piccola area di pelle segue la sudazione di tutto il corpo, probabilmente per il fatto che il sangue riscaldato va ad eccitare il centro diencefalico, che governa l'attività delle ghiandole sudoripare.

L'evaporazione del sudore non è il solo meccanismo termoregolatore cutaneo; esso, del resto, non varrebbe che a raffreddare, mentre le modificazioni della circolazione cutanea costituiscono un presidio più complesso e più generale della termoregolazione.

L'azione del caldo si manifesta sempre con iperemia, che è espressione di dilatazione delle arteriole e dei capillari; invece l'azione delle basse temperature è più varia e complessa. Quando si immerge la mano nell'acqua a 20°, si ha contrazione dei capillari, delle arteriole e delle venule; ma, se la temperatura è più bassa, allora i capillari e le venule si dilatano e la pelle si fa rossa per iperemia, mentre poi, contraendosi ancor più le arterie, la cute diventa cianotica.

Il *rossore ed il pallore* cutaneo dipendono dalla quantità di sangue presente nei capillari e nelle venule, in rapporto con lo stato di costrizione o di dilatazione di questi vasi; invece la temperatura della cute dipende dalla rapidità con cui il sangue attraversa i vasi cutanei.

La temperatura cutanea (misurabile con dispositivi termo-elettrici) varia secondo le diverse parti (con 20° di temperatura esterna,

alla palma della mano si ha 34°,8, ed al lobulo dell'orecchio 28°,8).

Funzione meccanica protettrice. La cheratina, che si ritrova nelle cellule dello strato corneo, è una sostanza proteica che contiene forti quantità di tirosina e di cistina e somiglia, sotto tale riguardo, alla proteina che forma il principale contenuto delle squame dei pesci (ictilepidina).

È appunto allo strato cheratinico che si deve la funzione protettrice della pelle, perchè esso è impermeabile alla maggior parte delle sostanze.

La presenza di sudore sulla superficie cutanea rappresenta anch'essa una difesa, in quanto che il « mantello acido » formerebbe una protezione contro i microrganismi. Chè, se la superficie cutanea si alcalinizza, allora lo strato cheratinico si rigonfia e perde la compattezza che oppone ai germi una barriera insormontabile. Secondo tale concezione (che però è discutibile) spetterebbe all'attività sudorale la funzione di difesa.

Se la pelle è da considerarsi come impermeabile, non è da escludersi che essa possa essere traversata da qualche sostanza, in virtù di un potere assorbente, specialmente quando si usi il processo della elettroresi. Sempre impermeabile rimane però la pelle all'acqua.

Attraverso la pelle si compie facilmente il passaggio dei gas, fra cui specialmente l'anidride carbonica, mentre il passaggio di ossigeno si compie in modo esiguo.

Azione delle radiazioni. La penetrazione dei raggi ultravioletti è scarsissima, essendo essi arrestati dagli strati più superficiali della pelle, dove la loro azione si manifesta con eritemi talora assai gravi; la pelle se ne difende con la formazione di maggior quantità di pigmento protettivo. Tali raggi agiscono anche nel senso di formare nella pelle la vitamina antirachitica.

Per quanto riguarda il *sebo cutaneo*, è da ricordarsi come, alla miscibilità dei suoi steroli con l'acqua sia da attribuirsi l'assorbimento cutaneo di talune sostanze medicamentose e che una simile miscela è quella che si suole usare nella terapia dermatologica in forma delle così dette creme.

Come avvenga la secrezione sebacea non è noto; la quantità di sebo giornalmente escreta è di 1-2 grammi.

La pelle può essere anche il punto di origine di eccitamenti, che hanno poi riverberi fisiologici sulla cute stessa o sopra organi lontani. Per eccitamento locale, si può determinare l'erezione del pelo; ad uno stimolo dolorifico può rispondere un aumento della perspiratio insensibilis. Sotto tale punto di vista, è interessante il *dermografismo*, che può essere locale e riflesso. Il primo è una reazione all'eccitazione diretta dei capillari cutanei e può manifestarsi come una striscia bianca che segue al leggero strisciare di un corpo molto lievemente contundente. Alla dermografia alba, dovuta alla vasocostrizione, può seguire quella rubra, dovuta alla vaso-dilatazione.

Il dermografismo riflesso si manifesta non soltanto nella zona stimolata, ma a qualche distanza da essa, talora per diversi centimetri al di là dei punti stimolati. L'eritema riflesso non si manifesta se la cute viene preventivamente anestetizzata con cocaina o se si recidono le fibre nervose che innervano il territorio cutaneo in questione o se si distrugge la parte di midollo a cui fanno capo quelle fibre o le fibre simpatiche dei vasi che si distribuiscono al territorio cutaneo.

Gli stimoli portati alla cute possono anche esercitare un'azione in organi profondi (riflessi cutanei-viscerali); il raffreddamento di zone ben localizzate di pelle provoca l'abbassamento di temperatura di parti assai lontane e persino della mucosa della bocca.

Come possono giungere a tessuti ed organi lontani gli eccitamenti dovuti a stimolazioni cutanee, così per converso, la pelle può tradire con manifestazioni bene apprezzabili moltissime variazioni dell'ambiente organico, dovute a mutamenti nella funzione di ghiandole endocrine od effetto di diversi stati del sistema nervoso. A tale proposito, l'A. si addentra nella interessante questione dei rapporti fra distribuzione di pigmento ed alcuni ormoni, specialmente dei surreni e dell'ipofisi.

Di grande importanza è anche la questione dei rapporti fra i capillari cutanei ed alcune ghiandole a secrezione interna. Sono note le svariate forme che assumono le anse dei capillari nel cretinismo e la progressiva normalizzazione sotto la cura tiroidea. Alla forma alterata dei capillari corrisponde forse anche una diversa loro fragilità e qualche mutamento della pressione capillare. Su quest'ultima, poi, ha grande influenza il tono delle pareti capillari stesse, cioè il tono della loro innervazione simpatica.

Tutto questo porta poi allo studio dei rapporti fra le alterazioni cutanee e quelle che colpiscono i centri e le vie nervose, vasto argomento che fa parte della neuropatologia. Ad ogni modo, è opportuno indagare alcuno dei più salienti fra tali rapporti.

Così, le caratteristiche della distribuzione del pigmento sembrano essere l'espressione delle condizioni anatomiche dell'innervazione metamerica della cute. La configurazione a disegno del pigmento cutaneo dei vertebrati (esempio fra tutti è il mantello della zebra) sarebbe l'espressione dell'innervazione segmentaria della pelle.

Sono inoltre da ricordarsi: il parziale incanutimento localizzato ai capelli di un territorio cutaneo innervato da un determinato ner-

vo; la depigmentazione di certe aree cutanee in casi di malattie mentali, di neuriti, nella tabe dorsale; la scomparsa di simmetria del pigmento alle mani di individui con sclerosi laterale amiotrofica. Anche la vitiligo simmetrica è legata a disturbi di innervazione.

Anche la modificazione nello *spessore della cute* e soprattutto dello strato corneo può indicare gravi alterazioni, nervose centrali (aumento nella siringomielia, diminuzione della sclerodermia).

Di pari passo con disturbi termici e vasomotori, con la formazione di edemi cutanei, con anomalie di distribuzione del pigmento, vanno le alterazioni patologiche del *riflesso pilomotore*, anch'esso in rapporto con la innervazione simpatica locale.

Interessante è lo studio di questi fenomeni che costituiscono in gran parte le reazioni emozionali vasomotrici, alcune delle quali, come la vasocostrizione e l'orripilazione, che dipenderebbero essenzialmente dalla iperadrenalinemia. Un'altra delle reazioni del sistema della vita vegetativa agli stati emozionali è rappresentata dal riflesso psico-galvanico. Esso consiste nel brusco e fugace aumento dell'intensità della corrente esosomatica polarizzante, determinato da uno stimolo emotivo e sarebbe intimamente legato all'attività delle ghiandole sudoripare.

Risulta quindi, in complesso, che la pelle è in stretta e reciproca connessione funzionale con tutto l'organismo e, come l'organismo stesso, risente gli eccitamenti provenienti dalla pelle, così questa è la spia delicata e sensibile delle più profonde variazioni nervose ed umorali. *fil.*

Cute ed organi interni in alcuni rilievi semeiologici e terapeutici.

(L. DEVOTO. *II Convegno med. di S. Pellegrino*, giugno 1930).

L'A. esamina l'alternarsi delle teorie in patologia ed in terapia in questi ultimi trenta anni per riconoscere che le nuove correnti promosse dalle ricerche sui nessi fra eredità e dermatologia e favorite dalle scoperte dell'endocrinologia, dai nuovi indirizzi nello studio del ricambio e delle conseguenze dell'arrivo nell'organismo di sostanze estranee, hanno additato la rete complessa delle interferenze delle alterazioni cutanee, ed hanno portato alla discussione ed alle indagini le influenze degli stati diatesici e degli alterati organi digestivi, a cui si era data nel passato grande importanza.

L'A., dalla semeiotica, dalla clinica e dalla terapia, attinge dei dati i quali, nel ravvicinare la cute e gli organi endoaddominali, offrono motivo a considerazioni sui più intimi rapporti che legano la patologia e la terapia degli organi interni alla cute.

IL DOLORE VISCERALE ED I DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA.

Le felici terapie *topiche* degli antichi, i dati di Head che dimostravano le zone di proiezione cutanea dei diversi visceri hanno stimolato numerose ricerche su questo argomento, su questa concezione moderna del *dolore viscerale*, di grande importanza nella diagnosi e nella terapia. In riguardo a quest'ultima, nuove vie si aprono, con l'introduzione nel derma di rimedi diversi, non della sola novocaina, ma anche di acqua distillata e di soluzioni alcaline. Le recenti ricerche di Boveri dimostrano la grande efficacia, in casi di dolore viscerale, delle applicazioni di laudano, seguite da applicazioni di caldo sul *dermatoma* corrispondente, ciò che confermerebbe la fiducia popolare nelle applicazioni locali di laudano.

Fra le altre manifestazioni della sensibilità cutanea è da menzionarsi il *solletico*, che è stato accuratamente studiato da J. Müller, che ne ha riconosciuto il valore pratico in quanto che esso permetterebbe di riconoscere alcune alterazioni degli organi interni anche quando gli altri riflessi più non esistono, cioè quando è scomparsa l'iperalgesia. Tale autore, in casi di ulcera gastrica, di colelitiasi, di appendiciti, di pieliti, ha veduto cedere o scomparire la reazione dolorosa cutanea e permanere più a lungo la diminuzione del senso del solletico.

Sono anche da menzionarsi: il prurito nasale dei portatori di vermi, il prurito tempestivo da alterato ricambio (obesità, uricemia, diabete), quello da ittero, quello vago, a scatti, di individui che hanno commesso una deviazione alimentare.

Fra i diversi *punti dolorosi*, l'A. segnala specialmente quello *colico splenico*, che non è nè vivace, nè intenso, ma dà una pena piuttosto sorda e profonda in una regione non lontana dal cuore e che viene spesso ritenuta espressione di una preparazione anginoide. Tale sensazione è in rapporto con lo stretto addossamento dei due tratti del colon, con le aderenze frequentissime che si aggiungono ai legamenti sottodiaframmatici, con lo stato spastico del colon discendente, spasmo che si riverbera in alto, con la distensione dello stomaco, che contribuisce a determinare il malessere. Essa si manifesta spesso dopo una deviazione alimentare e si osserva anche con la palpazione a distanza sul colon iliaco, su quello trasverso od anche sul cieco.

Così altri punti dolorosi più noti indicano le affezioni dei visceri addominali che vengono ad avere sulla pelle la loro espressione.

LO STATO DI GEL O DI SOL NELLA CUTE E SOTTOCUTE.

Recenti ricerche hanno dimostrato l'importanza che può avere lo stato di *gel* o di *sol* nella cute. Si tratterebbe di processi fisicochimici riguardanti le soluzioni colloidali dei

tessuti cutanei. Sotto l'influenza della temperatura, della pressione, di azioni di sali, di acidi, di basi, ecc., si avrebbe il passaggio di alcuni costituenti, dallo stato di *sol* a quello di *gel*, sicchè la pelle perderebbe le sue caratteristiche di mobilità, di scivolabilità, di pastosità, di sollevabilità, per divenire compatta, densa, meno cedevole, quasi cartilaginea. Il mantenimento degli stati isotonici, dell'isotermia, dell'equilibrio acido-base sarebbero i fattori essenziali per la conservazione dell'equilibrio colloidale; fattori endogeni ed esogeni possono agire patologicamente sulla cute e determinarvi il cambiamento da *sol* in *gel*. Le alterazioni possono estendersi a tutto il tegumento o limitarsi a determinate sezioni. Appartengono a queste, quelle modificazioni in rapporto col freddo (alterazioni colloidali da freddo, di Schade) ed anche le durezze sottomentoniere o delle guancie, che si osservano, in seguito a freddo in patologia infantile.

Si potrebbero forse ascrivere al meccanismo sopracitato le diverse condizioni a cui si sono dati i nomi di celluliti, di inspessimenti, di noduli reumatici, nonchè le così dette *striae cutis distensae*. Queste ultime non hanno grande importanza per sè stesse, ma sopratutto per i problemi biologici che sollevano. Si tratterebbe di alterazioni secondarie, dovute all'azione di germi o di prodotti tossici sull'elastina; azione per lo più limitata ad alcuni punti, per cui l'elastina così modificata farebbe perdere la normale elasticità alla pelle e ne verrebbero dei cedimenti circoscritti contrassegnati da strie trasversali.

Forse anche potrebbero spiegarsi con stati fisico-chimici diversi i dolori muscolari vaganti, certe atonie gastriche, certi stati della pelle (arida, che non suda), ecc. Ed anche in alcune azioni della terapia fisica o di procedure strettamente locali potrebbero invocarsi analoghi fattori.

LUCE SOLARE, CUTE E STATI INTERNI.

Vi sono certe situazioni morbose (diatesi, intossicazioni, alterazioni delle vie digestive) in cui la pelle partecipa, specialmente per l'intervento della luce solare. Questa può far maturare esteriormente una malattia preesistente (pellagra) senza che essa si aggravi, oppure la malattia prende la sua vera consistenza per la luce (Hydroa aestivalis), oppure la situazione si avvia verso un aggravamento. Sono poi conosciute le reazioni cutanee che la luce determina in persone che usano sostanze medicamentose (luminal, panflavina) e quelle più intense collegabili con il gruppo delle porfirine. Queste ultime sono additate come corpi suscettibili di rappresentare una base interna di sensibilizzazione che, dietro l'azione di un fattore esterno (p. es., la luce) determinerebbero delle alterazioni cutanee caratteristiche. Nei saturnini manca questa fotosensibilizzazione, ciò che potrebbe essere attribuito all'antagonismo fra porfirine e colesterina (questa è abbondante nei saturnini), secondo ricerche eseguite nella Clinica dell'A.

Anche nella pellagra, i fenomeni cutanei sono una manifestazione di fotosensibilizzazione.

Vi sono, invece, delle colorazioni anormali della cute che dipendono da alimenti, in cui la luce non ha esercitato nessuna influenza. Tali sono la xantosi diabetica e la colorazione rossa od aranciata in seguito ad alimentazione con barbabietole o con corteccia d'arancio.

L'A., dopo avere accennato agli stimoli interni ed esterni delle funzioni gastriche, all'orticaria in rapporto con le affezioni degli organi digestivi ed alle coroncine capillari sulla cute del torace, tratta delle *metastasi cutanee e sottocutanee neoplastiche degli organi digestivi*. Queste metastasi sono alle volte così estese, da far passare in seconda linea o quasi scomparire il processo fondamentale. La diffusione neoplastica avviene talvolta con rapidità sorprendente e possono sfuggire la natura delle manifestazioni cutanee e quella della neoplasia primitiva; due interessanti casi di tal genere sono riportati dall'A.

Un importante capitolo su questo argomento è costituito dalle *dermatosi professionali*, che l'A. divide in tre categorie, a seconda dell'origine infettiva, fisica e chimica. Nuove osservazioni fanno aumentare sempre più il numero di tali dermatosi.

Lo studio dei rapporti fra pelle sana ed organismo sano e tra pelle diminuita od alterata ed organismo mal sicuro di sè conduce al riconoscimento della più alta solidarietà fra cute ed organi interni per la vita più sana e negli stati morbosi in atto od in preparazione. E, a tale proposito, l'A. propone una formula che compendia le idee espresse ed è accettabile dal medico pratico, dal dermatologo e dall'igienista: *ex cute tua te judico*. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La natura della malattia di Recklinghausen e dei tumori che la accompagnano.

Wilder Penfield e Arthur Young (*Archiv. of Neurol. a. Psich.* n. 2, febbr. 1930) dopo un breve riassunto storico della questione ed in base a casi personali studiati clinicamente ed anatomicamente affermano che i tumori che si osservano in questa malattia possono avere una *triplice origine*: *i tronchi nervosi, le meningi ed il sistema nervoso centrale.*

1) Le neoformazioni dei tronchi nervosi sono costituite da tessuto reticolare; le fibre nervose sono ispessite per una iperplasia perineuronale del connettivo, talora sono gonfie o ialinizzate. Antoni distingue dei neurofibromi e dei fibroblastomi. 2) Alla faccia interna della dura si può avere iperplasia delle cellule aracnoidiene, punto di partenza di fibroblastomi meningei simili all'iperplasia del tessuto connettivo delle guaine perineurali. 3) Nel sistema nervoso centrale si hanno come punto di partenza dei tumori delle placche di gliosi con iperplasia degli astrociti adulti, delle cellule ependimarie.

In ogni caso la maggior parte degli studiosi ritengono che questi tumori sia dei n. periferici che del sistema nervoso centrale siano costituiti da elementi cellulari adulti e non embrionari.

Lo sviluppo di questi tumori devesi con ogni probabilità ad una *causa irritativa locale*, mentre oggi si crede di meno alla *possibilità* di una *iperplasia di elementi teratologici* il cui vizio di struttura originale non è ancora provato.

L. TONELLI.

Il contributo portato dal metodo della coltivazione in vitro alla conoscenza della struttura del tessuto nervoso.

Le conoscenze sull'intima struttura della sostanza nervosa, hanno, nell'ultimo venticinquennio, progredito scarsamente, ed i problemi generali relativi a tale struttura si trovano presso a poco al punto a cui le ricerche di Golgi e di Cajal li hanno lasciati.

Una parola nuova hanno detto le ricerche condotte con il metodo delle culture in vitro; per opera principalmente di Levi e della sua scuola.

Di tali studi Levi G. (*Monitore Zoologico*, 11 dicembre 1929) traccia un breve quadro riassuntivo allo scopo di dimostrare che, se una tale via di ricerche richiede tenacia e perseveranza, raramente conducendo a risultati rapidi e brillanti; ciò che essa, fino ad ora ha dato, è tale da incoraggiare gli studiosi a proseguire per questo indirizzo. Infatti: la dimostrazione obiettiva dell'esistenza del neurone, inteso come individualità anatomica sicuramente discontinua, almeno per un certo periodo della sua vita in cultura; lo studio della fine struttura dei neuroni viventi, del loro modo di emissione di fibre, le differenze di comportamento in cultura delle cellule di regioni diverse di centri nervosi e tutte le altre osservazioni dall'A. ricordate, pur non potendo permettere attualmente una sintesi tale da illuminare di nuova luce il problema vastissimo e complesso, rappresentano sicuramente una base solida per ulteriori conquiste nel campo della conoscenza della struttura del tessuto nervoso.

M. TORRIOLI.

SEMEIOTICA.

Il dolore nella regione inframammaria sinistra.

Tale dolore sarebbe una evenienza frequente in pazienti nei quali, pur non mettendo l'esame fisico in evidenza segni di malattia, esiste uno stato di esaurimento nervoso od organico indiscutibile.

La diagnosi clinica più facilmente posta in tali casi sarebbe quella di cardiopatia o di *angina pectoris.* Una grande percentuale di simili diagnosi sarebbe errata, secondo le osservazioni di D. M. Baker (*The Lancet*, 14 giugno 1930).

Verrebbero in tal senso colpite maggiormente le donne, nell'età adulta, specie verso la menopausa.

Il dolore insorge gradualmente e dura per settimane e mesi, con intermittenze, e talora per anni, estendendosi qualche volta alla scapola, e più di rado alla regione sopramammaria e al braccio sinistro.

I sintomi di esaurimento nervoso concomitanti sono rappresentati da sensazione di malessere generale, dal rapido affaticamento, da disturbi della respirazione e dalle palpitazioni.

L'unico reperto morboso che può essere trovato all'esame del malato è una iperestesia cutanea ed una sensibilità dei tessuti sottostanti, nella regione della mammella sinistra e in quella sottoscapolare.

La diagnosi differenziale che va sempre posta è quella con l'*angina pectoris*, dalla quale si distinguerebbe per il predominare nelle donne; per la nessuna influenza esercitata dalla fatica sul dolore, il quale non insorge all'improvviso e con parossismi ed ha sede prevalente retrosternale, irradiandosi poi diversamente; per la mancanza del caratteristico aspetto di grande sofferenza; per la constatazione delle zone iperestesiche.

La prognosi *quoad vitam* è buona; più riservata invece circa la durata della malattia.

La cura, finalmente, sarebbe rappresentata dalla psicoterapia, dal riposo in letto, da ricostituenti del sistema nervoso, dai bromuri.

M. FABERI.

La transilluminazione come aiuto alla diagnosi delle lesioni della mammella.

M. Cutler (*Surgery, Ginecol. and Obstetr.*, 6, vol. XLVIII), corredando l'articolo con magnifiche illustrazioni a colori e con dei disegni schematici assai dimostrativi, mette in evidenza l'ausilio che può trarre la diagnosi da questo semplice mezzo semeiotico specie nei casi di piccole tumefazioni e di mammella sanguinante. La tecnica è semplicissima: ci si serve di un comune transilluminatore a luce fredda e lo si pone sul solco sottomammillare facendolo scorrere in modo da transilluminare gradualmente le varie zone sospette.

Il Cutler ha esaminato 174 casi di malattie della mammella, così suddivisi: carcinomi 75; tumori benigni 18; papillomi intracistici, cancro del dotto (capezzolo sanguinante) 12; mastiti 42; cuti 12; ascessi 4; galattoceli 5; ematomi 6.

Dall'insieme dei casi esaminati può concludere come segue:

1) La transilluminazione è di reale aiuto nella diagnosi di malattie della mammella.

2) La infiammazione acuta, subacuta e cronica presenta un'area di opacità diffusa a margini sfumati.

3) I tumori solidi presentano invece una netta area di opacità, più o meno intensa, secondo la sede e la vastità del tumore stesso.

Il carattere della opacità non permette la differenziazione fra tumore benigno e maligno.

4) La imagine degli ematomi traumatici è caratteristica, presentandosi con una intensa opacità con margini irregolari, che si modifica gradualmente con l'assorbimento del sangue.

5) La transilluminazione è specialmente utile in quei casi nei quali si ha capezzolo sanguinante senza che tuttavia si possano palpare tumefazioni vere e proprie; in questi casi la transilluminazione rivela la presenza di queste piccole tumefazioni indicandone inoltre sia la linea di aggressione che il numero.

Come ho detto, meglio delle parole valgono in questo articolo le figure e gli schemi con i quali è assai facile farsi un esatto concetto della portata e della importanza di questo assai facile aiuto diagnostico. C. FILIPPA.

CASISTICA.

Debolezza di cuore e angina pectoris.

H. Kohn (*Deutsche Medizin. Wochenschr.*, n. 39, 1930) rileva che la debolezza del cuore non predispone certamente all'angina pectoris; è infatti noto che durante gli stati di scompenso non si manifestano accessi anginosi, e che questi si possono ripresentare nei pazienti dopo che il cuore è ridiventato valido. Non si deve però dedurre da queste osservazioni che una aumentata forza del cuore predisponga all'angina; pazienti con cuore ipertrofico (p. es. affetti da stenosi congenita dell'aorta) non presentano l'angina più spesso degli altri.

Durante l'accesso anginoso semplice non si manifestano segni di debolezza cardiaca: si osservano invece segni indubbi di debolezza di cuore negli accessi « complicati », quelli cioè in cui il respiro è accelerato o nettamente dispnoico, possono esistere segni di edema polmonare, il polso è piccolo e frequente, il fegato tumefatto e dolente, la pressione sistolica notevolmente diminuita. In questi casi la debolezza del cuore è una conseguenza dell'*angina-pectoris*. Negli accessi « complicati », a differenza da quelli semplici, non si ha soltanto uno spasmo stenosante, uno dei rami delle coronarie, ma una trombosi che determina una occlusione completa. Nel territorio a monte dell'occlusione lo spasmo ischemico provoca una anemia e quindi necrosi del territorio miocardico rispettivo: quindi la debolezza cardiaca.

Nella cura degli accessi semplici di angina sono quindi inutili gli stimolanti del cuore, e sufficienti i nitriti, o al caso anche la papaverina, l'atropina, l'eufillina. In casi di accessi « complicati », oltre alla morfina o meglio al pantopon, si deve ricorrere ai cardiocinetici: specialmente alla caffeina e alla canfora, talvolta anche alla iniezione endovenosa di strofantina. Dopo un tale accesso, riposo a letto, e trattamento della debolezza cardiaca residua con digitale, associata ad un antispasmodico, preferibilmente la chinina. R. POLLITZER.

Blocco di branca del fascio.

Ian G. W. Hill (*The Quarterly Journ. of Med.*, ottobre 1930) esamina 41 casi di blocco di una branca del fascio. In tutti i casi la deflessione ventricolare iniziale superava 0,1'' e costituiva 1/3 o più del complesso totale. Il maggior numero dei casi fu osservato nella vecchiaia e questo corrisponde con quanto fu osservato da altri. La percentuale dei maschi affetti fu notevolmente superiore a quella delle femmine. In due casi soli c'era il blocco della branca sinistra. Nei 37 casi in cui si avevano dati clinici attendibili c'era insufficienza cardiaca e nel 40 % dei casi c'era *angina pectoris*. In 4 casi soli si aveva una Wassermann positiva. Raro è stato pure il reumatismo nell'anamnesi. Frequente è stata l'ipotensione. Nessun caso fu osservato fra giovani con vizio congenito di cuore, il che invece fu osservato da altri.

La mortalità fu di più del 60 %, ma essa non dipende dal blocco di branca per sè ma dalle condizioni di funzionalità cardiaca.

Furono osservate associazioni con altre anomalie elettrocardiografiche: fibrillazione auricolare nel 23,8 %, blocco auricolo-ventricolare nel 12 % ed extrasistoli in percentuale notevole.

La diagnosi coi segni clinici non si può fare. Coll'uso tanto della digitale quanto dell'atropina non si sono notate modificazioni del complesso ventricolare.

Nella letteratura ci sono 15 casi in cui si tentò di cercare la lesione anatomica del blocco di branca. A questi ne aggiunge due l'A. In un caso la branca destra si perdeva in tessuto connettivo, in un altro caso furono notate zone di infiltrazione rotondocellulare nel tronco principale e nella branca destra e in tutt'e due i casi la lesione era di natura luetica.

Trattando della questione del blocco incompleto di branca l'A. dice che quest'espressione si deve adoperare non nei casi che dànno un quadro elettrocardiografico incompleto del blocco di branca, ma solo a quei casi nei quali c'è un'analogia col blocco completo totale, cioè conduzione ritardata.

R. LUSENA.

TERAPIA.

Il trattamento dell'ascesso del polmone e della cancrena polmonare con l'emetina.

I. Fliederbaum (*Presse Médic.*, n. 74, 1930) ha trattato con l'emetina 18 casi di cangrena e 15 casi di ascesso polmonare, già trattati senza successo con l'aspettativa armata. In 11 casi di cangrena e in 13 casi di ascessi ha ottenuto un miglioramento netto, cioè miglioramento lento ma progressivo dell'appetito, aumento di peso, scomparsa dei segni di intossicazione, abbassamento e poi scomparsa della temperatura febbrile, diminuzione della quantità dell'espettorato che perde a poco a poco il suo cattivo odore, mentre scompaiono gli elementi di disgregazione del tessuto polmonare, modificazione dei segni fisici, segni di cicatrizzazione progressiva all'esame radiologico.

Fra i casi trattati con successo sono compresi 4 di ascessi e 2 di cangrena già trattati senza risultato con novarsenobenzolo. In 3 casi di cangrena resistenti all'emetina il neosalvarsan endovenoso diede un miglioramento e poi la guarigione. In 1 caso di ascesso e in 3 casi di cangrena trattati con l'emetina e poi con il neo si ebbe la morte degli infermi con segni di intossicazione grave. In 1 caso di cangrena ed in 1 caso di ascesso si ottenne con l'emetina un miglioramento notevole e, in seguito ad una cura di riposo in una stazione climatica, una guarigione clinicamente completa.

L'A. ha applicato l'emetina per iniezioni intramuscolari (il 1° giorno 2 centigr. di cloridrato di emetina e nei casi gravi 1 centigr, il giorno appresso si aumenta di un centigr., poi una iniezione ogni 2 giorni aumentando le dosi giornaliere fino a 4-5 centigr.). Poichè l'emetina si accumula non bisogna oltrepassare le 8-10 o 12 iniezioni. Completata una serie l'A. non ricomincia mai la cura prima che siano passate da 2 a 8 settimane. Si evitano così gravi sintomi da intossicazione.

Durante il trattamento la leucocitosi neutrofila, costante in queste affezioni, aumenta ancora, per ritornare alla norma dopo cessate le iniezioni. Gli eosinofili compaiono con il miglioramento dello stato generale, per arrivare al 5-6 %. La sedimentazione dei globuli rossi, accelerata prima della cura, diviene più lenta con il miglioramento clinico.

Poichè con la cura emetinica, il miglioramento si manifesta solo dopo una settimana o più di trattamento, nei casi particolarmente gravi, bisogna ricorrere come medicamento di attacco al novarsenobenzolo, e solo in seguito adoperare l'emetina, che determinerà la guarigione.

C. TOSCANO.

Trattamento delle congestioni polmonari.

Le congestioni polmonari che si hanno nel corso di un'infezione influenzale meritano speciale menzione a causa della loro gravità. Si distinguono:

1) Una forma cianotica, descritta da Huchard, in cui conviene salassare abbondantemente il malato, e somministrare dei cardiotonici a piccole dosi (15 cg. di polv. di scilla). Se la viscosità sanguigna è molto alta, si somministrerà del nitrato di sodio.

Secondo F. Piechaud e C. Rudeau (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n. 14, 1930) si sono ottenuti buoni risultati mediante iniezioni endovenose di 2-4 cmc. della seguente soluzione:

Jodio gr. 1.
Joduro di potassio gr. 5.
Acqua dist. gr. 100.

2) Una forma tossica, bianca, in cui si somministrerà soprattutto l'estratto surrenale (cg. 25 mattina e sera), il siero adrenalinato (20 gocce 2 volte al giorno) e l'olio canforato.

In tutti i casi, è indicato dapprima l'ascesso di fissazione.

fil.

Il salicilato di sodio nelle affezioni polmonari.

M. Meyel (*Journ de Méd. de Paris*, 23 ottobre 1930) usa il salicilato di sodio, per iniezioni endomuscolari, nelle affezioni polmonari, con risultati soddisfacenti.

La dose abituale è di 10 cg. in 2 cmc. di soluzione glucosata. Con tale diluizione, in corrispondenza dell'iniezione il malato non avverte che una lieve sensazione di bruciore che passa dopo pochi minuti. Le iniezioni si fanno alla natica e non danno reazione locale.

L'A. le ha usate con vantaggio nella bronchite, polmonite, bronco-polmonite, pleurite, pertosse, asma e tubercolosi. Esse eserciterebbero un'influenza diretta sui microbi e sulle tossine ed avrebbe proprietà sclerogene e stimolanti della funzione epatica. *fil.*

Studi sulla terapia della polmonite lobare colla digitale.

Sebbene molti autori attribuiscano valore terapeutico notevole all'uso della digitale nella polmonite lobare, ce ne sono molti, fra cui il Mackenzie, che ne sono poco entusiasti. Nei lavori che concludono in favore della digitale, compreso uno di Brooks e Carrell comprendente 5000 casi dell'esercito americano in Francia mancano osservazioni di controllo. Uno studio accurato fu fatto da Niles e Wyckoff (*The Amer. Journ. of the medic. Sciences*, sett. 1930), comprendente 835 casi studiati in due anni con oltre 5000 elettrocardiogrammi.

Ecco i risultati: per ogni 100 morti per polmonite non curati colla digitale ce n'erano 122 curati con questo medicamento. Fra i malati curati con dose elevata di digitale la mortalità non fu più elevata che in quelli curati con dosi deboli. La maggiore mortalità nei curati con digitale si è avuta nei due sessi e indipendentemente dall'età dei malati.

Per quanto riguarda il tipo di pneumococco solo i casi da pneumococco II trattati con digitale hanno dato mortalità inferiore ai casi dati dallo stesso pneumococco e non trattati con digitale. La mortalità nei curati con digitale è stata più elevata nei casi lievi (con emocultura negativa) che nei casi gravi non trattati con digitale. La frequenza di fibrillazione auricolare si è dimostrata uguale tanto nel gruppo trattato con digitale che nel gruppo di controllo.

Gli AA. concludono che non è giustificato l'uso abitudinario che si fa nella digitale nei polmonitici. R. LUSENA.

Nella bronchite acuta febbrile.

Polv. del Dover	g.	1.50
Tintura di digitale	»	5
Sciroppo di codeina	»	10
Cloruro d'ammonio	»	2.50
Sol. di succo di liquirizia	»	7.50
Acqua	»	90

Un cucchiaio, 3-4 volte al giorno.

Nella fase iniziale, contro la tracheo-bronchite e la tosse ad accessi:

Tintura di aconito	g.	2
Benzoato di sodio	»	6
Acq. coob. di lauro ceraso	»	30
Sciroppo di codeina	»	60
Sciroppo del tolù q. b. per	»	250

Cinque cucchiai al giorno, in latte caldo.

(*Journ. de Méd. de Paris*, 23 ottobre 1930).

MEDICINA SOCIALE.

Migrazione e salute.

Le osservazioni igieniche hanno messo in evidenza che le agglomerazioni favoriscono lo sviluppo delle infezioni, per cui è necessario provvedere favorendo l'emigrazione. J. S. Purdy (*Brit. Med. Journ.*, n. 3638, sett. 1930) nota che dopo la guerra vi è sempre un aumento della popolazione; inoltre attualmente la durata della vita si è allungata di 10 anni, e si nota una maggiore resistenza fisica ai disagi ed alle infezioni; Lutton ha dimostrato che la statura ed il peso è migliorato.

Fermandosi più esplicitamente alla razza australiana il Purdy nota che i bambini australiani hanno un fisico migliore di quelli inglesi o di razza incrociata; invece si nota una piccola differenza tra i fanciulli della campagna e quelli delle città.

Un importante fattore per la salute e lo sviluppo fisico è rappresentato dal clima e dalla temperatura; McCallum invece dà grande importanza alla dieta, come fattore di sviluppo di un popolo, sopratutto inteso come primo nutrimento materno, ed alimentazione della prima infanzia.

Sicchè lo sviluppo e la resistenza fisica sarebbe in stretta relazione con una dieta di latte, di cibi freschi, ricchi di vitamine e minerali, e con una vita all'aria aperta. Le migliori condizioni degli australiani si devono per molti riguardi alle pecore merinos importate e fatte allevare in quel suolo.

La presente generazione migliorerebbe se si potesse fare una selezione dell'immigrazione, e scegliere il miglior tipo di immigrante.

Le cause dell'immigrazione sono molteplici; talora sono le condizioni finanziarie, che spingono all'emigrazione, mentre il problema dell'immigrazione non si presenta sotto un aspetto semplice, perchè ogni immigrato porta con sè le abitudini dei propri posti; i vecchi difficilmente si accomodano nelle nuove regioni. In tali casi bisognerebbe riunire gli immigrati od i colonizzatori in accampamenti, in modo da non mescolarli col resto della popolazione. In generale gli immigrati appartengono ad una qualità inferiore alla media della popolazione da cui provengono.

Per migliorare la razza quindi dovrebbe essere opera del medico stimolare l'emigrazione di giovani sani e robusti, e che presentino un adatto tipo, sia per quanto riguarda la regione ove si recano, sia per l'industria da svilupparvi.

Pearson dice che evidentemente l'uomo fa la regione, non la regione l'uomo; infatti si può osservare che in certe zone sono sviluppate speciali industrie o coltivazioni agricole così come gli immigrati ve le hanno portate dalle loro regioni.

L. CARUSI.

Alcuni aspetti della propaganda igienica e della protezione della maternità negli Stati Uniti d'America.

E. J. Campana (*Ann. d'Igiene*, n. 8, ag. 1930) riferisce su alcuni aspetti dell'attività americana in rapporto alla diffusione delle conoscenze igieniche. L'igiene può essere considerata, sotto un certo punto di vista, come una comodità sociale; a tale uopo è lanciata, sul mercato americano, come ogni altro articolo di comodità, facendone prima opera di persuasione, e poi dimostrandone, in altrettante piacevoli maniere, la facilità di possederla. Il tono cattedratico è completamente eliminato dalla tecnica della propaganda igienica, la quale s'indirizza al pubblico mediante le insegne luminose scorrevoli nei grandi *squares* delle città, tra una notizia bancaria ed una sportiva; mediante la radio, nelle argute conversazioni su argomenti d'igiene e di medicina preventiva; mediante bellissime riviste, interessanti e divertenti; mediante la pubblicità giornalistica, delle case di prodotti chimici e medicinali, fatta con gusto e di grande attrattiva per ogni lettore.

L'efficacia di questi mezzi è provata dall'esistenza d'una coscienza igienica che si manifesta sotto diversi aspetti: nella madre di famiglia, con la preparazione del *menu* giornaliero, ricco di vitamine e di diete protettrici, con il provvedere alle visite mediche periodiche dei familiari, ed infine con criteri di igiene nell'educazione della prole.

Un mezzo di propaganda su cui l'A. giustamente s'indugia, è quello adottato dall'Ufficio di Sanità del Massachusetts, per l'istruzione sulla gravidanza. Appena una donna si accorge di essere in stato interessante, l'Ufficio ne viene informato; da allora esso inizia l'invio di lettere alla gestante, nelle quali gradualmente dà istruzioni, dissipa timori vani, mette in guardia contro i sintomi anormali, dà ogni genere di buoni consigli, senza volere affatto sostituirsi al medico, anzi cooperando con lui, e determinandone assolutamente la necessità quando essa sia indicata. Dopo il parto l'invio delle lettere continua, a tratti, per altri due anni, dando consigli sull'igiene del puerperio, del neonato, sull'eventuale profilassi anticancerosa, e sull'eventuale insorgenza di altre gravidanze.

Questo metodo, che appare veramente geniale e indiscutibilmente pratico, ha una sua impronta personale che lo rende molto efficace, molto apprezzato e, al tempo stesso, molto economico.

E, propone l'A., perchè non adottarlo anche da noi?

L. Carusi.

La lotta contro il cancro nella Repubblica Argentina.

Il maggior impulso dato alla lotta contro il cancro, a quanto riferisce E. Casella (*Annali d'Igiene*, n. 7, luglio 1930), si deve al prof. A. H. Roffo, il quale fin dal 1912 ha propugnato con ardente fervore gli studi e le ricerche per arginare il dilagare di tale morbo.

Nel 1922 è stato istituito a Buenos Aires l'Istituto di medicina sperimentale per lo studio e la cura del cancro, istituto ove si apprestano tutti i mezzi onde pervenire ad una diagnosi precoce del cancro, e per indirizzare la cura sotto un criterio clinico.

Ben distribuiti in tale edificio sono i padiglioni dei servizi clinici, quelli per le ricerche scientifiche, per il ricovero degli infermi, per gli animali da esperienza.

Esiste una perfetta organizzazione dei lavori e delle ricerche, che permette di poter trarre il massimo utile per la diagnosi e cura del cancro. Accanto a questo Istituto vi è tutta una organizzazione clinica e scientifica che in breve volgere di anni ha dato il suo frutto, in quanto sono state concretate quelle misure che dovrebbero portare in un non lontano avvenire la luce sul pericoloso problema del cancro e sui mezzi per combatterlo e prevenirlo.

L. Carusi.

POSTA DEGLI ABBONATI

La profilassi della difterite col metodo di Löwenstein. — Al dott. E. B. da V.:

La pomata di Löwenstein è preparata con colture difteriche detossicate mediante la formalina. Tale autore ha fatto delle esperienze strofinando la pomata sulla pelle rasata della cavia ed ha potuto far sopportare una dose centupla di quella massima. Nella cavia così trattata si è rilevata l'esistenza di immunità e la presenza di antitossina nel sangue.

Le prime esperienze fatte durante un'epidemia di difterite su bambini Schick-positivi, che furono spalmati tre volte a 15 giorni d'intervallo, dimostrarono che tale procedimento non porta nessun inconveniente e che protegge dalla difterite; questa si manifestò soltanto in un caso che era stato trattato una volta sola. Tale procedimento ha anche il vantaggio di non possedere fase negativa. In due bambini di controllo, in cui si fece l'unzione perchè erano Schick-negativi, si ebbe sviluppo di difterite grave.

Da esperienze fatte su 500 bambini risulta che con questo metodo, la reazione di Schick diventa negativa nel 68-69 %, in una proporzione corrispondente a quella che si ottiene mediante l'immunizzazione con la miscela tossina-antitossina.

L'applicazione della pomata nei bambini di un Istituto durante un'epidemia ha avuto per

effetto di arrestare questa. Risultati ottimi vengono riferiti da diversi autori.

Cfr. LÖWENSTEIN: *Klinische Wochenschrift*, 3 dic. 1929; R. JAKOPP e A. STREIT: *Wien. klin. Wochens.*, 6 marzo 1930; DOLL: *Mediz. klin.*, 21 febbr. 1930.

A. FILIPPINI.

Al dott. G. Cantarelli, da Corropoli:

Consulti: R. WEISSENBACH e G. DREYFUS. *Les accidents sériques, profilaxie, traitement.* G. Doin, ed., Parigi, 1926.

fil.

VARIA.

Il cervello dei grandi uomini.

La giusta curiosità di conoscere l'intima causa della genialità e di stabilire quali differenze morfologiche e strutturali esistano fra il pensatore e l'uomo mediocre ha fatto dirigere le indagini sul cervello delle personalità eminenti, che hanno legato il loro nome alla storia. Così, sono stati esaminati i cervelli di Goethe, di Byron, di Schubert, di Gambetta, ecc.

Qualche hanno fa, Guillaume-Louis e Dubreuil-Chambardel pubblicarono i risultati dell'esame del cervello di Anatole France. Tale cervello aveva anzitutto la particolarità di essere di peso inferiore alla media: 1017 grammi, invece di circa 1360. Tale scarsezza di peso non può essere attribuita all'età (il France aveva passato gli 80 anni), poichè si sono veduti cervelli di uomini eminenti morti in tarda età e di ottuagenari con pesi che si avvicinavano a quello medio normale. Nemmeno si può pensare a diminuzione di peso in conseguenza del processo di conservazione (formalina iniettata per le carotidi), sicchè si deve ammettere che non sempre il peso del cervello è in rapporto con lo sviluppo dell'intelligenza, come ritenevano taluni, basandosi sul peso elevato di cervelli di uomini eminenti (Byron 1807 grammi, Schubert 1420, Cuvier 1829) e, poco cavallerescamente, sul minor peso del cervello femminile.

Una delle caratteristiche che presentava il cervello di France era una spiccata asimmetria, con 6 mm. di differenza nel diametro antero-posteriore dei due emisferi; la stessa differenza vi era nel cervelletto, con la metà sinistra sensibilmente più piccola che la destra.

Gli AA. citati si diffondono poi sulla minuta descrizione del cervello da cui risulta, in complesso, che i solchi e le scissure avevano una notevole profondità, che per alcuni solchi (p. es. il temporale superiore) arrivava a 32-34 mm. Poche erano le pieghe di passaggio superficiali; invece, delle pieghe profonde erano nascoste nei solchi e ne risultava una completa indipendenza delle circonvoluzioni.

Tutte queste particolarità avevano, come risultato, quello di aumentare di molto la superficie della sostanza grigia — il pallium —. L'elemento nobile dell'encefalo prevaleva sulla sostanza bianca e presentava un largo potenziale di irradiamento; quello che il cervello aveva perduto in peso, lo aveva guadagnato in superficie, la qualità eccelleva sulla quantità.

L'impressione generale che faceva il cervello di France era quella di un lavoro di cesellatura, con le sue circonvoluzioni lunghe e sondate, ripiegate su loro stesse e compresse le une contro le altre, mostrando una complicazione poco abituale.

Non risulta che siano stati fatti esami istologici del cervello di France, quali si sono fatti, invece recentemente, per quello di un'altra personalità che aveva agito in un campo del tutto diverso, Lenin. L'esame è stato fatto, in uno speciale Istituto di Mosca, allestito da O. Vogt, che è il Direttore dell'Istituto per le ricerche sul cervello a Berlino.

Dal cervello di Lenin vennero preparate 31.000 sezioni; il Vogt diresse sopratutto la sua attenzione alla struttura del terzo strato della corteccia e trovò che, in esso, le cellule piramidali erano molto sviluppate e formavano uno strato molto grosso. Ora, le cellule piramidali sono quelle che presiedono ai fenomeni associativi e tale prevalenza delle vie associative sarebbe stata la base anatomica della principale attività di Lenin.

Nel citato Istituto, dove lavorano gli assistenti di Vogt, Filimonov, Sachirov, Sapin ed altri, si raccolgono e si esaminano i cervelli delle personalità russe che si ritengono più eminenti, e delle principali razze. Studi indubbiamente interessanti che, se non risolvono, portano almeno notevoli contributi al tormentoso problema della genesi del pensiero e della base della genialità.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

C. RIZZO. *Diagnosi in vita di cisticercosi cerebrale* — Arti Grafiche S. Bernardino, Siena, 1928.

C. RIZZO. *Un paralitico progressivo di 82 anni.* — Arti Grafiche S. Bernardino, Siena.

E. BENASSI. *Ancora sul reperto radiologico di metastasi ossee da tumori latenti.* — Tip. Parmense, Parma, 1929.

E. BENASSI. *Sull'aspetto radiografico dell'actinomicosi ossea.* — Ateneo Parmense, 1929.

G. MANTOVANI. *La medicina italica dalla più remota antichità ai tempi nostri.* — Tip. Cordani, Milano, 1930.

G. MANTOVANI. *La riforma alimentare e l'organizzazione dietetica nelle case e nelle stazioni di cura.* — Tip. Toscano, Pisa, 1929.

G. PAGANO e G. SUNZERI. *La cura insulinica delle ulceri gastro-duodenali.* — Graf. Giannitrapani, Palermo, 1930.

S. LATTERI. *Su di un raro caso di labbro leporino superiore mediano complicato.* — Arti Grafiche Sanzo, Palermo, 1930.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXX. Dimissioni presunte.

Il Commissario del R. Albergo dei poveri di Palermo abolì il sistema dell'assistenza sanitaria con retribuzioni fisse e deliberò di valersi dell'opera dei medici che prestavano gratuitamente il servizio. I sanitari furono invitati a far conoscere le loro determinazioni. Il dott. Castagnetta rispose che si riservava di rispondere quando avesse avuto cognizione della nuova organizzazione. Approvate le nuove norme, in forza delle quali era assegnata la retribuzione di L. 600 annue, il dott. Castagnetta rispose di non poterle accettare, perchè lesive dei suoi diritti quesiti e il Commissario replicò prendendo atto delle dimissioni di quegli, desunte dalla mancata accettazione delle nuove condizioni.

L'interessato ricorse alla G. P. A., la quale dichiarò legittimo il provvedimento del Commissario, e poi al Consiglio di Stato, che annullò, con sentenza 14 giugno 1930, n. 376, la decisione della Giunta e la deliberazione del Commissario, considerando che le dimissioni devono risultare da esplicita e non equivoca dichiarazione e la non accettazione di una riforma non può equivalere a dimissione, se l'Amministrazione non ha avvertito nè diffidato l'interessato delle conseguenze che per essa importava la dichiarazione di non accettazione delle condizioni nuove.

XXX - Concorso per titoli ed esami: norme di procedimento.

Quando sia indetto un concorso per titoli ed esami orali e non sia stabilito quale delle due prove debba precedere, si deve intendere, per necessità logica e giuridica, che siano da valutare prima i titoli.

La Commissione giudicatrice di un concorso assegnò voti 55/100 al risultato degli esami e 45/100 ai titoli. Stabilì esplicitamente che sarebbe stato dichiarato non idoneo il candidato che non avesse raggiunto il minimo di trenta punti negli esami; ma non fissò un voto minimo di inidoneità per i titoli. Uno dei concorrenti riportò meno di 30 negli esami e fu dichiarato senz'altro inidoneo, indipendentemente dall'esame dei titoli; l'altro conseguì 37,40/100 negli esami e 23,60/100 per i titoli e fu dichiarato vincitore, avendo riportato complessivamente 61/100, cioè, secondo i criteri stabiliti dalla Commissione, più del minimo per l'idoneità normale (60/100).

Questo giudizio è stato dichiarato illegittimo dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 maggio 1930, n. 307. La risoluzione sembra corretta.

L'indice di idoneità minima, se era stabilito per gli esami, era necessario anche per i titoli. La valutazione di questi avrebbe dovuto precedere la prova degli esami orali, come risulta anche da disposizioni di legge per casi analoghi.

XXXII. - Licenziamento illegittimo.

Un medico condotto fu licenziato per vari motivi, alcuni dei quali — forse i più importanti — concernenti addebiti di indole politica. Fu fatta una inchiesta, ma i risultati di essa non furono comunicati al medico condotto.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 7 febbraio 1930 n. 54, ha dichiarato illegittimo il provvedimento, per due motivi. Anzitutto perchè spetta esclusivamente al Prefetto la valutazione degli addebiti di indole politica e, quindi, ad esso è riservato di provvedere a norma del R. D. 30 gennaio 19.. n. 214. Si tratta di valutazioni delicate che la legge affida ad una autorità politica più elevata. Il procedimento era inoltre illegale perchè fu violato il diritto di difesa, non essendo stati contestati i risultati della inchiesta.

XXXIII. - Licenziamento per fine del periodo di prova.

Per espressa disposizione di legge, contro le deliberazioni di licenziamento per fine del periodo di prova è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (nel termine di giorni sessanta) e non alla G. P. A., che ha competenza per tutte le altre quistioni dipendenti dal rapporto d'impiego, salve, si intende, speciali eccezioni.

Si è discusso della competenza nei casi in cui l'impiegato ricorrente deduca la illegittimità del licenziamento perchè deliberato, per fine del periodo di prova, ma dopo la scadenza del termine, o ritenga che la forma apparente dissimuli un licenziamento per motivi disciplinari.

La giurisprudenza però ha risoluto tale quistione nel senso della competenza del Consiglio di Stato. La tardività del provvedimento, per essere già decorso il periodo di prova, o la dissimulazione della causa vera possono costituire motivi di illegittimità dell'atto.

Questo criterio direttivo è stato riaffermato dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 25 aprile 1930, n. 240.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Alla Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Alla Direzione Generale della Sanità Pubblica è stato chiamato il gr. uff. dott. Gaetano Basile, personalità ben nota e che gode grande e generale estimazione nel campo sanitario e scientifico.

Il dott. Basile assurge all'alto ufficio dopo lunga e matura preparazione.

Iniziò la sua carriera nella Amministrazione Statale quale Ufficiale Medico nel R. Esercito, prestando apprezzato servizio in Eritrea durante gli anni 1887-88.

Attratto dalla passione per le discipline igieniche, frequentò i primi corsi di perfezionamento in igiene, istituiti dal prof. Luigi Pagliani per l'addestramento tecnico di personale sanitario cui affidare il compito della rigenerazione igienica del nostro Paese e della riorganizzazione dei servizi sanitari, in conformità della nuova legge organica sulla Sanità Pubblica del 1888, voluta da Francesco Crispi.

In questa scuola, che fu vero centro e vivaio di alta cultura igienica, egli rassodò le cognizioni scientifiche ed affinò lo spirito di investigazione, rivelandosi fin da allora come una delle più spiccate speranze della nuova generazione di igienisti che si andava formando, sì da essere tra i discepoli più stimati del grande Maestro.

Vinto nel 1892 brillantemente il concorso a medico provinciale, resse con viva soddisfazione dell'Amministrazione Sanitaria vari Uffici Provinciali, lasciando ovunque larga traccia della sua sapiente e bene ordinata opera di organizzazione e di pratica risoluzione di importanti problemi.

Durante l'episodio di epidemia pestosa avutosi in Napoli nel 1901, fu preposto alla Direzione dei servizi igienici e profilattici della Città, attendendo con intelligenza e plauso delle autorità al riordinamento dei servizi stessi.

Nell'agosto 1905 fu destinato presso gli Ospedali Riuniti della Capitale, dapprima a disposizione del R. Commissario e poi quale membro della Commissione amministratrice.

La salda preparazione tecnica, l'esperienza già acquisita e le pregevoli doti di animo, di fermezza e di correttezza del dott. Basile spiccarono egregiamente in questo grave e delicato incarico, che si protrasse fino al luglio 1911, e che gli meritò la più deferente stima dei sanitari ospedalieri.

Durante l'epidemia colerica del 1911, al Basile fu affidata la direzione dei servizi profilattici per la Sicilia, e più tardi, nel primo tempo dell'occupazione della Libia, egli fu inviato nella Colonia quale direttore della Sanità Civile.

Per i lodevoli ed eminenti servizi resi in vari campi dell'igiene e della sanità pubblica, egli, nel dicembre 1912, fu prescelto a Capo Divisione Medico per il servizio igienico generale, carica che tenne con competenza e prestigio ed elevato senso di dovere sino al luglio 1924, allorchè venne chiamato ad assumere le funzioni di vice-direttore generale della Sanità Pubblica, divenendo così un più diretto, autorevole e prezioso collaboratore per i provvedimenti di tutela e di miglioramento dello stato igienico e sanitario del nostro Paese

L'assunzione del dott. Basile a direttore generale della Sanità Pubblica non è soltanto un ben meritato riconoscimento dei lunghi ed eminenti servizi resi allo Stato. La profonda conoscenza e la esatta visione che egli ha dei bisogni igienici della Nazione, le doti spiccate della sua intelligenza acuta e pronta, la fermezza e rettitudine del carattere, congiunta a bontà e gentilezza di modi, la particolare attitudine alla esemplificazione dei problemi spesso ardui, lo rendono veramente indicato all'alto posto, al quale è stato chiamato dalla fiducia del Regime.

Il dott. Basile non è soltanto un tecnico valoroso, egli è principalmente un realizzatore e questa dote ha dimostrato nel volere la creazione dell'Istituto della Sanità Pubblica, al quale ha dedicato cure intelligenti ed assidue di anni e che ora è in via di attuazione.

La classe sanitaria italiana accoglie con generale compiacimento la nomina del dott. Basile a direttore generale della Sanità e saluta in lui il gerarca colto, integro, stimato ed autorevole, che sotto la guida del Duce condurrà la Sanità Pubblica a destini migliori.

* * *

Il prof. Arcangelo Ilvento è stato nominato vice-direttore generale della Sanità Pubblica. La rinomanza del valente sanitario nel campo scientifico ed in particolar modo nel campo della lotta contro le malattie sociali, ci esime dal delineare le qualità spiccate che lo hanno designato all'alto posto.

Funzionario tra i più colti e distinti della Sanità Pubblica, in tutti gli uffici ai quali fu destinato, quale medico di porto prima, e poi quale medico provinciale, in Colonia, nel Regno e nella Zona di guerra, addimostrò sempre alto senso di dovere, conoscenza degli ordinamenti sanitari e dei bisogni igienico-sanitari della popolazione, riscuotendo ovunque la stima e la completa fiducia delle autorità e di quanti ebbero con lui rapporti di ufficio.

Libero docente in igiene, coltivò con speciale amore l'igiene scolastica — nel quale campo dette opera proficua presso il Ministero della Pubblica Istruzione — e l'igiene sociale, pubblicando pregevoli studi e monografie, che testimoniano la sua soda e svariata cultura in materia.

Largo è stato il contributo da lui apportato nel campo della previdenza e dell'assistenza sociale, temi ai quali il prof. Ilvento si è dedicato con competenza ed autorità durante il lungo tempo passato presso la Croce Rossa Italiana quale dirigente dei servizi sanitari.

Il prof. Ilvento è una non comune figura di studioso e di igienista di larghe e moderne vedute; la sua elevazione al grado di vice-direttore generale è ben meritata.

Dal giornale « Il Policlinico » le felicitazioni più vive ai due insigni sanitari.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno dei Sindacati Fascisti Medici delle Tre Venezie.

Il 2 novembre si è tenuto a Venezia il Convegno Interregionale dei Sindacati Fascisti Medici delle Tre Venezie, riuscito, come quelli di Bologna e di Bari, una imponente rassegna delle forze sindacali di categoria. All'inaugurazione intervennero il sen. Giordano, l'on. Fantucci, il medico provinciale prof. Messi, l'on. Ermanno Fioretti segretario nazionale del Sindacato ed altri molti. Le animate discussioni hanno sboccato in una serie di ordini del giorno, di cui i nostri lettori possono prendere visione ne « La Federazione Medica » del 20 novembre.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADELFIA (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitari per sei Consorzi; L. 6500 ciascuno, oltre L. 3000 cavalc ; età lim. 45 a. al 25 ott.; tassa L. 50. Scad. 23 gen.

BAGNOREGIO (*Viterbo*). — Scad. 10 dic.; 1ª zona; L. 9500 oltre L. 600 c.-v., 5 quadrienni dec., addizionale L. 4 oltre 1000 poveri; tassa L. 50.

BARI. *R. Prefettura*. — Due posti per Ufficiale Sanitario: uno per il Consorzio obbligatorio fra i comuni di Sannicandro di Bari con Cassano Murge; l'altro per Consorzio obbligatorio fra i comuni di Casamassima con Adelfia. Per titoli ed esami. Per ciascun posto stipendio annuo iniziale L. 15.000 aumentabile con quattro aumenti quadriennali del decimo sullo stip. iniziale. Divieto sia all'uno che all'altro della libera professione tranne la consulenza e la direzione di un laboratorio micrografico. Le domande in carta bollo L. 3 ed i prescritti documenti (il cui elenco e formalità potranno conoscersi richiedendo i rispettivi bandi di concorso) debbono pervenire all'Ufficio del Medico Provinciale, R. Prefettura di Bari, non oltre le ore 12 del 30 dicembre 1930.

BOLOGNA. *Clinica delle Malattie nervose e mentali della R. Università*. — Due posti di assistente, di nomina dell'Amministrazione Provinciale; titoli ed esami; L. 7800; nomina annua. Scad. 15 dicembre. Età lim. 45 anni. Chiedere annunzio.

BORGONOVO VAL TIDONE (*Piacenza*). — Scad. ore 17 del 20 dic.; 2° reparto; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 19 nov.; stip. L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indenn. d'integrazione; trasp. L. 3000 oltre L. 1200 assegno rivedibile; ab. 5000 circa.

BRESCELLO (*Reggio Emilia*). — A tutto 20 febbr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., L. 1000 indennità di categoria, L. 1000 ospedale, L. 500 ambulat., c.-v.; doc. a 3 mesi dal 18 nov.

BUDRIO (*Bologna*). — Scad. 31 dic.; due condotte; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc., eventualm. c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASAMASSIMA (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

CASOLA D'ELSA (*Siena*). — Scad. 8 gen.; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavalc.; età lim. 35 a.

CASSANO MURGE (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

CRESCENTINO (*Vercelli*). — Per titoli. Medico-chirurgo-ostetrico, per la seconda condotta. Stipendio L. 7000. Indennità di mezzi trasporto, ambulatorio, caro viveri come di legge. Documenti come di rito, legalizzati. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza ore 17 del 24 dicembre.

GARAGLIO (*Cuneo*). — Scad. 15 dic. Rivolgersi Segreteria Com.

GATTEO (*Forlì*). — Scad. 26 dic.; L. 7900 e bienni del ventesimo; cavalc. L. 2650; c.-v.; L. 850 se uff. san.; età lim. 35 a.

LONGONE SABINO (*Rieti*). — Scad. 25 dic.; lire 10.500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v. L. 400; indenn. cavalc. da stabilirsi.

MERETTO DI TOMBA (*Udine*). — Stipendio L. 8000, più L. 500; più L. 3000; più L. 900. Tassa L. 50. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza 20 dicembre.

MESSINA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale*. — Direttore medico. Stipendio L. 20.400. Servizio attivo L. 5500. Due aumenti quadriennali di lire 1200 e L. 1500. Età massima anni 45. Per i combattenti elevabile di 5 anni. Dispensa limiti età per aiuti e assistenti in R. Cliniche malattie nervose e mentali; e per Sanitari in servizio presso Manicomi Prov., Giudiz. o privati, nominati, in quest'ultimo caso, in seguito a concorso giudicato da Commissione composta ai sensi dell'articolo 20 Regolam. 16-8-909, N. 615. Servizio in Clinica o Manicomio per almeno un quadriennio. Scadenza ore 15 del 31 dicembre. Per informazioni dirigersi Segreteria Ospedale Psichiatrico.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Sei posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno; titoli ed esami; scad. ore 16 del 17 genn.; L. 5600; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 nov.; tassa L. 50. Compiuto un biennio, passaggio ai posti di assistente ordinario che si fossero resi liberi.

ID. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico primario; titoli od esami ovvero titoli ed esami, (a scelta dei concorrenti); scad. ore 16 del 10 febbr ; L. 7850; età lim. 40 a.; 8 anni di eserc. profess. compreso quello di guerra; doc. a 3 mesi dal 7 nov.; tassa L. 50.

ID. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Vice-primario medico specialista nell'Ospedale Sanatorio Vittorio Em. III presso Garbagnate Milanese; obbligo di permanenza dalle ore 8,30 alle ore 11.30 di ogni giorno; L. 7300 oltre indenn. trasferta L. 2000, L. 20 e vitto nei giorni di guardia di 24 ore; trasporto gratuito. Nomina triennale; 4 conferme triennali. *Curriculum vitae* in 5 copie. Età lim. 35 a. Docum. a un mese dal 12 nov. Titoli ed esami. Scad. ore 16 del 30 dic.

Per tutti e tre chiedere bandi di concorso all'Ufficio Protocollo, via Ospedale 5, Milano.

MILANO *Pio Istituto di S. Corona.* — Medico direttore degli Istituti elioterapico-chirurgico-ortopedico e profilattici in Pietraligure (Savona); stip. L. 4000 oltre indenn. residenza L. 10.000, alloggio d'obbligo in luogo; età lim. 35-50 (54) a.; scad. ore 17 del 16 dic.; docum. rilasciati nel trimestre anteriore; tassa L. 50; rivolgersi all'Ufficio di Protocollo (via Cesare Correnti 13, Milano).

RIVA (*Trento*). — Scad. 20 febbr.; 2ª condotta; L. 6800 oltre L. 1800 indennità di via, L. 2200 indennità di abitaz., c.-v., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 40 assistenti medico-chirurgici; scad. ore 16 del 15 gen.; età lim. 30 a. al 25 nov.; L. 4500 e c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria generale.

ROTONDELLA (*Matera*). — Per titoli, condotta per i poveri. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute, suscettibile degli aumenti di carriera previsti dal Regolamento Sanitario. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda, documenti di rito e quietanza della tassa di L. 50, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 1° marzo 1931.

SAN NICANDRO (*Bari*). — (V. Bari, R. Prefettura).

SEMESTENE (*Sassari*). — Scad. 20 dic.; L. 12.300 complessive; 4 quadrienni dec.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Aiuto anatomo-patologo. Assegno annuo lorde L. 12.000, con 5 aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro viveri; emolumenti per ricerche di Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VALSTRONA (*Novara*). — Scad. 15 gen.; L. 15.000 assegno complessivo, compreso uff. san. Rivolgersi Segreteria Com.

VETTO D'ENZA (*Reggio Em.*). — A ore 18 del 15 febbr.; doc. a 3 mesi dal 16 nov.; tassa lire 50,10; stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 indenn. categoria, L. 3000 se cavallo o automob., L. 1000 uff. san., ecc., addizion. L. 5.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI

Premio Ernesto Cavazza.

È stato istituito presso l'Università di Bologna, con rogito del not. Collива, per l'importo di lire 1000 annuali, che verranno conferite a quel laureato in medicina il quale abbia presentato la migliore tesi, trattando argomenti di medicina interna e in particolare le malattie dell'apparato digerente; la consegna sarà fatta il 9 gennaio, in occasione della consegna dei premi Vittorio Emanuele II.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ferdinando Livini, di anatomia umana normale, è nominato rettore della R. Università di Milano per il biennio 1931-32. Egli già copriva la carica di vice-rettore.

Il Commissario Ligure della F.P.I. ha deliberato di assegnare al dott. Boris Vassileff, della R. Università di Genova e del G.U.F. genovese, dottore in medicina e chirurgia, dottore in giurisprudenza, dottore in scienze politiche, economiche e sociali, di nazionalità bulgara, una medaglia d'oro per avere eseguito per il primo uno studio completo medico sportivo sopra un atleta pugile, e precisamente sul pugilatore Primo Carnera.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

2ª Riunione della Società Pugliese di Oftalmologia.

Nell'Aula Magna della R. Università il prof. Angelucci ha tenuto, in occasione della 2ª Riunione della Società Pugliese di Oftalmologia, la sua dotta conferenza su *adenoidismo e cecità*. Intervennero il Prefetto di Bari, S. E. Cavalieri, il comm. Druetti in rappresentanza della Direzione Generale di Sanità del Ministero degli Interni, il prof. Mariani, Rettore Magnifico della R. Università ed i professori della Facoltà Medica, il senatore Guaccero in rappresentanza dei Sindacati Nazionali, il prof. Gallerani in qualità di presidente della Accademia Pugliese di Scienze e di dirigente i Servizi Sanitari dell'O.N.B., il prof. Campanella medico provinciale, il dott. De Fermo direttore dell'Ufficio d'Igiene, il prof. De Vicariis per la Pubblica Assistenza ed il Patronato di Maternità ed Infanzia, il prof. Dalfino in rappresentanza del Comune, con un eletto stuolo d'insegnanti elementari, il dott. Attimonelli, segretario dell'Associazione Provinciale medici condotti con parecchi soci, ed infine quasi tutti gli aderenti alla Società Pugliese di Oftalmologia fra i quali furono notati diversi illustri professori convenuti da varie parti della Regione: prof. Pansini, Rini, Marinosci, Villesovaglios, Delli Ponti, De Vita, Tatulli, ecc.

L'illustre conferenziere venne presentato dal prof. Maggiore che mise in rilievo lo sviluppo notevole della Società Pugliese di Oftalmologia ed annunciò l'adesioni di illustri oculisti del vicino Oriente, la qual cosa concorrerà a far valorizzare maggiormente dagli scienziati dell'altra sponda l'Ateneo Barese e annunciò ancora il prossimo inquadramento della Società nei Sindacati Nazionali.

Al saluto del prof. Maggiore si è associato il prof. Gallerani per l'Accademia Pugliese di Scienze.

Il prof. Angelucci iniziò la sua sfavillante conferenza con il saluto a Bari « piena di vitalità moderna energica e fattiva », ed alla sua Università che nel nome del Duce si ispira alle più alte virtù.

Ricordata la circolare del Duce che chiamava all'azione contro l'adenoidismo con « premurosa sollecitudine e chiara visione del problema », per una lotta alla quale non possono e non devono disinteressarsi le autorità amministrative e scolastiche, ne afferma l'importanza per la conservazione della visione.

Accenna alle due Società Internazionali per la difesa dell'occhio, una contro il tracoma e l'altra contro la cecità.

Riferisce sui provvedimenti da lui adottati a Napoli e sulle statistiche delle visite agli adenoidei nelle scuole ed in modo speciale sulla creazione dell'Asilo Sanatorio Francesco Crispi.

Passa quindi ad illustrare il concetto dell'adenoidismo e i suoi rapporti con le infermità visive e con altre varie infermità organiche e ricorda

i contributi portati da lui, dalla sua scuola, e da altri autori italiani e stranieri alla maggiore conoscenza della malattia.

Particolare attenzione egli dedica alla circolazione, alla costruzione ossea della cavità nasale e del retrobocca nonchè alla terza tonsilla e ai sintomi dipendenti dalla flogosi della regione in relazione al simpatico e all'ormone puberale.

Egli avvalora ancora il suo dire rilevando il rapporto dell'adenoidismo con le disfunzioni ipofisarie (Poppi, Bertolotti) con l'acromegali (Citelli) con le craniosinostosi dell'infanzia (Leri), con la miopia, con i plessi coroideali e con l'ipofisi.

È riuscito particolarmente interessante nell'accenno alla teoria di Sigmund e Freud e ad un eventuale rapporto con l'adenoidismo nonchè alla scienza positiva di diritto penale per i rapporti con i caratteri degenerativi che si osservano nell'adenoidismo.

Ricordando infine le nuove disposizioni del Duce riguardo alla profilassi infantile, dice che esse debbono servire di sprone a questa lotta di redenzione per la passione che è in noi per la conservazione dell'essere, nella maggiore normalità della sua vita organica.

La fine della brillantissima conferenza fu vivamente applaudita e l'oratore si ebbe le congratulazioni delle alte autorità politiche ed accademiche presenti.

Dopo la conferenza prese la parola ascoltato con grande attenzione il prof. Gallerani che riferì su un particolare fenomeno di amaurosi da latte. La sua esposizione corredata da numerosi dati scientifici fu seguita con vivo interesse e riscosse il plauso di tutti gli oculisti intervenuti.

Si passò quindi sulla discussione dell'argomento, *Tracoma*, fissata in occasione della 1ª Riunione. Così parlarono successivamente: dott. Attimonelli: « Il tracoma scolastico in rapporto alla distribuzione topografica nella città di Bari »; prof. Maggiore: « Predisposizione e immunità nella infezione tracomatosa »; prof. Santonastaso: « La lotta antitracomatosa nella città di Bari negli ultimi cinque anni »; prof. Pansini e dott. Rini: « La lotta contro il tracoma in provincia di Lecce »; prof. Villasevaglios: « La lotta contro il tracoma nella provincia di Ionica »; dott. De Vita: « Il tracoma in provincia di Brindisi ». Nelle relative discussioni interloquirono di volta in volta il prof. Maggiore, Angelucci, Podestà, De Fermo, Balacco, Ricciardi.

Su proposta del prof. Podestà venne concretato ed approvato il seguente ordine del giorno da spedire a tutti i Prefetti di Puglia: « Gli aderenti alla Società Pugliese di Ottalmologia, riuniti nell'Aula Magna della R. Università, udita la conferenza dell'illustre prof. Angelucci sull'adenoidismo e cecità, fanno voti alle Autorità competenti perchè vogliano intensificare la lotta contro l'adenoidismo in Puglia con unità d'indirizzo e maggiore larghezza di mezzi, per la pratica attuazione degli intendimenti del Capo del Governo ed in piena coordinazione alla lotta antitracomatosa ».

Il prof. Maggiore infine chiude l'interessante seduta proponendo un telegramma di augurio al nuovo Direttore Generale di Sanità Basile ed al comm. La Branca da cui molto la Puglia si attende. Per acclamazione generale vengono approvati i due temi di discussione per la prossima seduta del 15 febbraio: « Distacco di retina ed angiospasmo ».

Prof. A. Santonastaso.

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera della Croce Rossa.

La Camera dei Deputati ha approvato la conversione in legge per la proroga dei poteri al presidente della Croce Rossa Italiana.

Nella discussione l'on. Severini ha plaudito all'opera dell'insigne presidente della grande istituzione, ed esaltato l'opera che il Regime ha svolto attorno alla Croce Rossa. Rileva che l'essenza vitale della Croce Rossa Italiana non era penetrata nella coscienza delle masse: oggi, il numero dei soci è quasi raddoppiato e l'organizzazione dei servizi è veramente perfetta. Può dirsi pertanto che ad opera del Regime la Croce Rossa Italiana è divenuta un alto mezzo di unione e di affratellamento degli italiani.

Pone in rilievo le benemerenze della Croce Rossa nell'adempimento dei suoi molteplici compiti e specialmente per l'assistenza all'infanzia, che si esplica attraverso le colonie estive, il servizio medico scolastico e gli ambulatori infantili.

Ma dove primeggia l'opera della Croce Rossa è nella lotta contro la malaria e in quella contro la tubercolosi, specie, per quest'ultima, attraverso il rinnovamento degli ambulatori e la creazione dei preventori per i bambini predisposti al morbo.

Si associa al relatore nell'elogio rivolto alla Croce Rossa per l'opera svolta in occasione del terremoto del Vulture.

La Croce Rossa infatti ha speso per tale opera umanitaria circa mezzo milione, impiantando dopo sole nove ore dalla sciagura le sue tende e distribuendo soccorsi nelle zone colpite.

Esprime a questo proposito la gratitudine delle popolazioni del Vulture al Governo Fascista per l'opera compiuta a favore delle zone colpite dal terremoto.

Corso di perfezionamento in igiene a Torino.

Anche nel presente anno scolastico sotto la direzione del prof. Arnaldo Maggiora, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino e membro del Consiglio Superiore di Sanità, si terrà in detto Istituto (via Bidone 37) un corso teorico-pratico di perfezionamento in Igiene e Polizia medica per aspiranti alla carriera sanitaria.

Vi si possono inscrivere i laureati in medicina e chirurgia, in zooiatria, chimica pura, chimica farmaceutica.

Il corso avrà principio il 9 gennaio 1931 ad ore 14,30.

Per essere ammessi devesi presentare domanda in carta da bollo da L. 3 al Rettorato della Regia Università entro il 31 dicembre 1930.

Per le altre condizioni d'iscrizione rivolgersi all'Economato della R. Università di Torino.

Corso di patologia coloniale.

Col prossimo gennaio presso la R. Università di Modena in locali della cessata Scuola di Veterinaria avrà inizio un corso di Patologia coloniale tenuto dal prof. Giuseppe Franchini, specialista in materia, passato, dopo la chiusura della Scuola di Patologia coloniale dell'Università di Bologna, all'Università di Modena. Oltre al corso obbligatorio per studenti sarà tenuto anche un corso per laureati in medicina e chirurgia e zooiatria.

Per informazioni rivolgersi al direttore dell'Istituto di Patologia coloniale presso la R. Università di Modena.

Un Sanatorio ad Arezzo.

Il 28 ottobre ebbero ufficialmente inizio i lavori dell'Ospedale Sanatoriale che sorgerà in Arezzo per conto della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.

Come località opportunamente è stata scelta quella adiacente agli attuali edifici sanitari, sì da formare un unico centro ospedaliero, alla periferia della città. Il terreno, donato alla Cassa dal Consorzio Provinciale Antitubercolare, mercè il valido appoggio dell'opera Pia Sandrelli, è di circa due ettari; un terzo di tale terreno sarà occupato dalle costruzioni e due terzi saranno trasformati in parco. L'edificio con un corpo centrale e due bracci laterali, risulta di un primo piano rialzato, che conterrà gli uffici ed i gabinetti scientifici nel corpo avanzato corrispondente all'ingresso; i refettori per uomini e per donne nel tratto assiale che unisce l'edificio d'ingresso con il corpo principale dello stabilimento. Nei due piani di questo sono sistemati i reparti per ammalati, completati da ampie terrazze piene di luce e di sole. Tutti gli apprestamenti più moderni della scienza correderanno il Sanatorio, che avrà una capacità di oltre 160 letti.

L'edificio sarà anche una bella costruzione moderna. I lavori di costruzione dureranno circa due anni, impiegando giornalmente oltre 150 operai; la spesa per la sola costruzione dell'edificio sarà di circa due milioni, e la spesa totale ha fatto alle città di Roma, Londra e Rochester.

Donazione alla città di Parigi.

Il sig. Eastman di Rochester (Stati Uniti) ha donato 25 milioni di franchi alla città di Parigi, per la creazione di dispensari per la cura dei denti, della bocca e della gola, destinati all'assistenza degli scolari di età non superiore ai 16 anni.

La donazione è stata fatta, pel tramite del sig. H. Gaillard, al prefetto della Senna, il 12 novembre. Il Consiglio municipale dovrà deliberare sull'accettazione. La 4ª Commissione municipale esaminerà, con l'amministrazione prefettizia, le modalità pratiche dell'attuazione.

Com'è noto, donazioni consimili lo Eastman ha fatto alle città di Roma, Londra e Rochester.

Il radium negli ospedali di New York.

Un'inchiesta del « Comitato per il Cancro » di New York ha accertato, recentemente, che negli ospedali di New York City erano disponibili mg. 13.342 di radium, del valore complessivo di 19 milioni incirca di lire it. Il valore di 1 g. di radium è stato computato in 1.340.000 lire it.

L'inchiesta ha messo in evidenza la necessità di sviluppare ulteriormente l'assistenza ai cancerosi e l'opportunità di creare un nuovo ospedale per cancerosi. La relazione rileva che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, l'unico mezzo efficace di lotta è dato dalla diagnosi precoce, seguita dalla cura, sia radiologica, sia chirurgica.

Scuola Medica di Burma.

La Scuola Medica di Burma (Indie), inaugurata nell'ottobre 1929, si è recentemente arricchita di un Istituto di Igiene Pubblica.

La Scuola è senza rivali in tutta l'Asia. L'insegnamento clinico si compie in tre ospedali: quello generale, capace di 550 letti, una maternità ed un ospedale psichiatrico. Nel teatro anatomico si sezionano più di mille cadaveri l'anno. Il museo patologico e quello di medicina legale sono splendidamente attrezzati. Il corso dura 7 anni, di cui 2 per l'insegnamento preclinico e 5 per quello clinico: i gradi superiori, però, non vengono conferiti: occorre andare in Inghilterra. I sette istituti clinici sono diretti da europei; decano della scuola è T. F. Owens.

2° Convegno nazionale medico-pedagogico.

Si è svolto a Milano, durante i giorni 23 e 24 novembre, nel palazzo dell'Ufficio d'igiene e sanità, sotto la presidenza del prof. E. Medea. Alla cerimonia inaugurale intervennero il prefetto, il preside della provincia ed altre autorità.

Furono svolte le seguenti relazioni: prof. Sante De Sanctis: « La previsione del successo nell'opera dei medici e degli insegnanti nel trattamento delle varie forme di anormalità del carattere e dell'insufficienza mentale »; prof. Giulio Ferreri: « Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali dell'udito e della parola »; dott. Alfredo Albertini: « Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici ».

Il centenario della nascita di Guido Baccelli.

Ricorrendo il centenario della nascita di Guido Baccelli, a memoria e in onore dell'illustre clinico ed archeologo — il cui nome è legato nell'uno e nell'altro campo delle alte benemerenze di scienziato e di cittadino — doveva essere inaugurato un grandioso monumento a Roma, in piazza Salerno, presso via Morgagni, a fianco dei padiglioni del Policlinico, che egli promosse e in gran parte attuò.

Il monumento — il quale offre un imponente insieme architettonico con tre alte colonne, i simboli della medicina e dell'archeologia e il busto del Baccelli — è opera esimia del Selva. Ma purtroppo non è compiuto. In piazza Salerno, attorno alla mole commemorativa, fervono i lavori. Si assicura che l'inaugurazione avverrà certamente entro l'anno, con l'intervento di largo stuolo di clinici e di studiosi, che per la circostanza converranno da tutta Italia.

Commemorazione di Berengario da Carpi.

Nella città di Carpi fu solennemente ricordato, il 23 novembre, il quarto centenario della morte del suo grande figlio Jacopo Berengario, filosofo, medico, letterato del '500, riconosciuto come instauratore dell'anatomia.

Le sue opere, le sue scoperte, i suoi metodi curativi gli assicurarono tale fama che il suo nome corse glorioso per l'Europa.

Nella sala dell'ex-Consiglio comunale in Municipio, alla presenza del prefetto Perez, dell'on. Schiavi, del Rettore della R. Università di Modena, del presidente della Accademia delle Scienze, del presidente della R. Deputazione di Storia patria, di professori, di autorità diverse ebbe luogo la commemorazione del sommo scienziato. Parlarono il prof. Feriari della Commissione di Storia patria e il Podestà, il primo per informare dell'iniziativa della celebrazione e l'altro per porgere il saluto della città al Prefetto e agli intervenuti.

Il prof. Balli, della R. Università di Pavia, co-

municò le adesioni, fervide di ammirazione, di una ventina di Università del mondo, fra le quali quelle di Adelaide (Australia), della Città del Capo, di Mosca, di Ginevra, di Parigi, di Cambridge, di Londra, di Strasburgo, di Losanna, ecc. Quindi il Rettore dell'Università di Modena, prof. Colombini, tracciò il profilo del Berengario quale sifilografo; il prof. Favaro quale anatomico; e finalmente ebbe la parola il prof. R. Simonini, che quale oratore ufficiale della cerimonia fece una dotta e completa commemorazione del sommo, vero instauratore e precorritore nel campo della scienza.

Nel giornalismo medico.

Il « Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques » di Parigi ha solennizzato il suo centenario con una festa cordiale, data dalla famiglia Lucas-Championnière, alla quale il periodico è appartenuto fin dalla fondazione.

Furono pronunziati molti e vibranti discorsi.

È stato anche pubblicato un « quaderno » del centenario, che traccia la storia del periodico, ne lumeggia le benemerenze — tra cui l'introduzione dei metodi listeriani in Francia, dovuta a Just Lucas-Championnière, il celebre chirurgo che allora contava appena venticinque anni — e contiene vari articoli pregevoli, dovuti a Giordano (Venezia), Roux (Losanna), Forgue (Montpellier), Chauffard e Loeper (Parigi). Esso comprova la vitalità sempre rinnovata del periodico.

Unione Medica Latina.

Il pranzo autunnale dell'UMFIA avrà luogo il 10 dicembre a Parigi, sotto la presidenza dell'ambasciatore d'Italia conte Manzoni. Inviare le adesioni alla segreteria, rue de la Pompe 81, Paris (XVIe).

Corsi medici di perfezionamento vietati a Budapest.

Il borgomastro di Budapest, Lipoes, ha interdetto i corsi post-universitari istituiti per i medici nord-americani negli ospedali della città.

Erano stati elevati vivaci reclami dai pazienti, perchè i giovani chirurghi americani erano autorizzati a praticare degli interventi operativi, corrispondendo al corpo insegnante dei compensi variabili da 1000 a 10.000 pengoes.

Un professore della Facoltà medica, Heinrich Alapi, nel giornale « Ujsag » dichiara che la misura adottata è eccessiva; ma riconosce che non tutti i giovani americani perfezionandi in chirurgia e autorizzati ad operare, presentavano garenzie sufficienti di sicurezza.

Un altro professore informa che gli era stata offerta una somma di 40.000 a 50.000 pengoes, affinchè permettesse, a quei medici, di praticare delle operazioni addominali. Egli ha rifiutato; ma assicura che operazioni gravi sono state autorizzate da altri.

Le somme ricevute non erano considerate come compensi personali, ma erano destinate a provvedere un attrezzamento moderno agli ospedali cittadini.

Molti giovani chirurgi americani avevano lasciato Vienna, per raccogliersi a Budapest, in quanto nella prima città non era consentita loro una partecipazione attiva nelle operazioni. Difatti una legge austriaca vieta agli studenti stranieri gl'interventi chirurgici.

Al Policlinico Umberto I di Roma.

Nel 3° Padiglione, diretto dal primario chirurgo prof. Achille De Fabii, sono stati compiuti importanti lavori di restauro. I malati erano stati provvisoriamente trasportati altrove. Ora i locali sono stati rioccupati.

Soccorsi per le zone terremotate.

Sono stati organizzati con rapidità ed efficienza i soccorsi per le zone danneggiate dal terremoto nelle Marche e in Albania; vi hanno concorso l'Esercito, la Sanità pubblica e la Croce Rossa, in un'azione coordinata.

Esiti di concorsi.

La Società italiana di medicina sociale, che ha bandito, con L. 10.000 di premi della « Rivista di terapia moderna », due concorsi fra medici italiani sui temi: 1) « La medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali »; 2) « Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo », notifica che per il primo tema è risultato vincitore del premio di L. 5000 il dott. Oreste Bellucci di Roma; per il secondo tema la Commissione ha stabilito che il premio di L. 5000 debba dividersi « ex aequo » tra il prof. Salvatore Diez di Roma e il dott. Furio Travagli di Genova.

La Commissione, presieduta dal prof. A. Pepere, preside della Facoltà medica della Università di Milano, e composta del prof. C. Baslini presidente dell'Ordine dei Medici e segretario del Sindacato medico di Milano, prof. A. Cazzaniga, prof. V. Massarotti, dott. comm. I. Pampana, prof. G. Tron, segretario dott. Bergami, ha segnalato alcuni altri lavori, fra i cinquanta pervenuti al concorso, come degni di lode e di essere eventualmente pubblicati.

La perdita del prof. sen. G. B. QUEIROLO segna un grave lutto per la medicina italiana. Del preclaro clinico e Maestro diremo degnamente in un prossimo numero.

È morto a Milano, nella Clinica dell'Istituto Vittorio Emanuele III, il prof. ROCCO SANTOLIQUIDO, che per molti anni resse la Sanità Pubblica in Italia e, attraverso difficoltà e contrasti, seppe imprimere impulso ai servizi d'igiene.

L'on. Santoliquido era nato a Forenza (Basilicata) nel 1854 e aveva iniziata la sua carriera come docente di materia medica alla R. Università di Napoli. Durante la lotta contro il colera a Livorno ed a Napoli, egli si era distinto per la partecipazione che vi ebbe attiva e premurosa di medico e di filantropo.

Quando scoppiò la guerra, fu chiamato alla testa del servizio sanitario di tutti gli Eserciti alleati a Parigi, meritandosi encomi solenni da Delcassé e da tutti i Governi dei paesi alleati.

Fu a lungo presidente dell'« Office International d'Hygiène Publique », e poi consigliere della « Ligue des Sociétés de la Croix Rouge »; perciò

si era stabilito a Parigi, ove presiedette anche il Fascio.

Fu deputato per la Basilicata per tre legislature. Era vice-presidente del Consiglio di Stato.

È morto in Roma G. B. RICCI, già chirurgo primario di Senigallia, ove svolse tutta la sua attività professionale. Ha pubblicato parecchie ed apprezzate monografie. Fu un vero Maestro. A Lui ricorrevano con piena fiducia gli operandi, attirati non solo dal suo sapere, ma ancora dalla sua ammirabile coscienza, dalla sua bontà e generosità. Quando a 65 anni ritenne di doversi ritirare dalla professione, i Senigalliesi gli offrirono una medaglia d'oro quale pegno della loro gratitudine.

Scoppiata la grande guerra si arruolò volontario, e durante il bombardamento di Senigallia, fu ancora Lui che, assumendo la direzione del servizio sanitario, curò ed operò i non pochi feriti. Fu poi chirurgo nell'Ospedale di Pontremoli; poi ancora a Senigallia fino al termine delle ostilità.

Ha sempre dato un fulgido esempio di bontà, di rettitudine e di sapere.

Si è lasciato morire di fame, dopo 60 giorni di assoluto digiuno, a Lamothe (Bretagna, il dott. PIETRO EMILIO MÉRAL, che fu il medico preferito e il consigliere ascoltato di Menelik. Di origine russa, si era naturalizzato francese nel 1906. Contava 53 anni. Non si conoscono le cause della sua tragica determinazione.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII — Roma, 15 Dicembre 1930 — Num. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI MACERATA, Reparto Medico.

Costituzione ed ereditarietà nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale

per il dott. ENRICO JACARELLI
primario medico e direttore.

Se la conoscenza di una affezione morbosa dovesse misurarsi dalla mole degli scritti apparsi sull'argomento, l'ulcera gastro-duodenale potrebbe certamente ritenersi uno dei capitoli meglio noti della patologia digestiva.

Disgraziatamente è proprio vero l'opposto, benchè non vi sia dubbio che tale argomento sia stato così studiato e discusso negli ultimi anni, da generare una vastissima e multiforme letteratura, il cui valore tuttavia non sarebbe per Moyniham proporzionale allo stok bibliografico.

In realtà non si può negare che progressi siano stati fatti, sopratutto per quel che riguarda l'accertamento diagnostico e l'apprezzamento della reale maggiore frequenza dell'ulcera duodenale, a cui in passato si dava poca importanza, in rapporto all'ulcera gastrica. Tuttavia se si lascia da parte lo studio semeiologico dell'affezione, certamente molto approfondito negli ultimi anni, sia per la più intima collaborazione tra medici e chirurghi, sia per i progressi della tecnica radiologica, non si può affermare che la questione più interessante, cioè quella che riguarda la patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale, abbia fatto progressi decisivi.

E' generalmente ammesso, come è noto, che *l'ulcus simplex* sia il prodotto dell'azione del succo gastrico sopra la mucosa che abbia subito in qualche punto diminuzione della propria resistenza. Ma se questa concezione può essere accettata pacificamente, controversie e discussioni gravi insorgono quando si tratti di accertare le cause di tale diminuita resistenza. Teorie numerose (circolatoria, nervosa, traumatica, infettiva, acidosica, ipocolesterinica, ecc.) sono state proposte per la riso-

luzione di questo problema, che per tanti anni è stato oggetto degli studi più accurati: ma benchè ciascuna di esse abbia trovato nello studio clinico e sperimentale qualche punto di appoggio, non si è ancora raggiunto l'accordo su di una formula che si presti a spiegare tutti i casi in modo soddisfacente.

Non è nostra intenzione di ripetere quanto è già noto sopra queste teorie che negli ultimi anni sono aumentate di numero senza tuttavia riuscire a far luce definitiva sulla genesi di questa malattia che occupa ormai sia per la frequenza veramente allarmante sia per la cronicità ed i pericoli e le gravi conseguenze economico-sociali, un posto tanto importante nel campo della medicina. Ci preme invece di richiamare l'attenzione sopra un indirizzo patogenetico già intravisto da un italiano alcuni anni fa ed in seguito perfezionato dalla Scuola Costituzionalistica: alludiamo alla ipotesi della genesi anafilattica dell'ulcera gastro-duodenale, avanzata da Cesaris Demel nel 1923 e sostenuta in seguito anche dagli AA. americani Saphiro ed Ivy, che la convalidarono con ricerche sperimentali. Secondo questi AA., la classica crisi anafilattica si accompagnerebbe a modificazioni della mucosa gastro-duodenale analoghe ai pomfi cutanei, seguite da disturbi nutritivi di origine vascolare sufficienti a disturbarne la vitalità in determinati tratti su cui agirebbero poi i succhi digestivi, provocando la formazione dell'ulcera.

Indipendentemente da vere e proprie crisi anafilattiche, le stesse conseguenze potrebbero aversi in seguito ad assorbimento di proteine mal digerite, le quali, sensibilizzando la sottomucosa, provocherebbero, quando si avesse un nuovo assorbimento, una crisi anafilattica locale con le conseguenze già ricordate.

Tali vedute oltre che da ricerche recenti di Alessio, che fondandosi sulla concezione di Cesaris Demel è riuscito a riprodurre sperimentalmente in animali da laboratorio l'ulcera peptica, sarebbero anche confermate clinicamente dal fatto che in non pochi pazienti di ulcera gastro-duodenale, secondo Pende, De Tullio, Barbàra, Redwiz, ecc. si sarebbero riscontrate note di spasmofilia costituzionale, di cui sono conosciuti i rapporti con la così detta diatesi o predisposizione colloido-clasica: con quello stato cioè di labilità dell'equilibrio colloido-plasmatico per cui facilmente sotto un minimo stimolo (proteine derivanti dalla disgregazione batterica, proteine inalate, proteine alimentari mal digerite) viene a rompersi l'equilibrio colloidale del plasma sanguigno e si hanno i fenomeni colloido-clasici o dello choc anafilattico (Barbàra).

Infatti fondamento necessario alla produzione dei fenomeni colloido-clasici è, secondo Pende, quello stesso terreno diatesico in cui dominano i fenomeni spasmofilici, noto come terreno artritico, caratterizzato, dal punto di vista neuro-vegetativo, da uno squilibrio delle due sezioni, simpatica e vagale, e precisamente da ipotonia della sezione simpatica con relativa preponderanza della sezione parasimpatica o vagale, condizione che va sotto il nome di *ipervagolabilità* (Pende) o *ipervagoestesia* (Castellino) o più semplicemente di *vagotonia* (Eppinger ed Hess). Le ricerche praticate nel sangue di questi soggetti con diatesi colloidoclasica hanno messo in evidenza le stesse condizioni biochimiche (diminuzione del calcio ed aumento del potassio) caratteristiche della diatesi spasmofilica, donde la logica conseguenza che ha portato i costituzionalisti ad avvicinare i due terreni. Se ora si considera che il terreno neuro-artritico, caratterizzato dallo squilibrio del sistema autonomo con prevalenza del vago, viene invocato quale substrato costituzionale della teoria neurogena dell'ulcera gastro-duodenale, si comprende facilmente come la teoria anafilattica, fondata sullo stesso terreno e sulle stesse condizioni biochimiche del sangue, possa considerarsi come una integrazione della teoria neurogena stessa.

Sembrerebbe pertanto accertata nell'etio-patogenesi dell'ulcera G. D. la notevole importanza della costituzione, in quanto alcune proprietà di un dato terreno (neuroartritico, spasmofilico, vagotonico) con tendenza alla labilità dell'equilibrio colloido-plasmatico, alla spasmofilia, allo squilibrio del sistema neurovegetativo con vagotonia, favorirebbero la produzione di disturbi capaci di diminuire la resistenza di alcuni punti della mucosa gastro-duodenale (fenomeni anafilattici locali, *teoria anafilattica;* o spasmi locali, *teoria nervosa*) necessari al successivo manifestarsi del processo ulcerativo.

Un altro elemento intimamente collegato al fattore costituzionale e del quale l'esperienza clinica non può ormai disconoscere l'importanza nell'etio-patogenesi dell'ulcera G. D. è l'*ereditarietà*. Prima ancora di riferire gli studi statistici fatti a questo proposito, crediamo interessante riportare subito le osservazioni da noi fatte sopra una famiglia in cui la maggior parte dei componenti hanno presentato segni di ulcera G. D. Per maggiore chiarezza abbiamo aggiunto uno schema illustrativo in cui sono riassunti i dati più importanti.

Il primo paziente della famiglia, capitato alla nostra osservazione (n. 11 dello schema), è un giovane insegnante, (P. F.), di a. 35, da Macerata, che non presenta nulla di notevole nell'anamnesi remota: solo durante la guerra italo-austriaca ebbe una forma grave di entero-colite febbrile, accompagnata da grave deperimento. In seguito è stato discretamente sino a circa 6 anni fa quando cominciò a soffrire di bruciore alla regione gastrica a distanza di 3-4 ore dai pasti, disturbo che si ripeteva sistematicamente ogni giorno, dopo ogni pasto e che cessava con nuova ingestione di alimenti o con polveri alcaline, per ricomparire dopo qualche tempo. Tali disturbi sopravvenivano a periodi, intercalati con altri di benessere: ma negli ultimi tempi si sono attenuati e si presentano specialmente nel pomeriggio verso le ore 17, talora verso mezzanotte e cessano, come al solito, appena il paziente ingerisce qualche cibo. Non ha avuto mai vomito ematico, nè melena.

L'*esame obbiettivo* dimostra nel paziente struttura somatica di medio tipo, con segni di linfatismo: condizioni generali buone con lieve pallore, tendenza alla bradicardia (64), dentatura guasta, calvizie precoce, margini polmonari abbassati, con parziale copertura dell'aia cardiaca (enfisema discreto dei polmoni): nulla di notevole al cuore. All'addome non si mettono in evidenza attualmente zone di dolorabilità alla pressione nella regione epigastrica. L'esame radiologico ha confermato la diagnosi clinica di ulcera duodenale.

Facendo indagini nel gentilizio del paziente abbiamo potuto accertare recentemente gli interessanti dati che seguono:

a) Il nonno materno del paziente (n. 1 dello schema), morto in tarda età per malattia comune, aveva sofferto per parecchi anni a periodi, di acidità e bruciore dopo i pasti, disturbi che egli combatteva con bicarbonato; un figlio ed un nipote infatti, asseriscono concordemente che *egli aveva le tasche sempre sporche di questo medicamento.*

b) La nonna materna (n. 2), aveva anch'essa presentato per molto tempo disturbi digestivi analoghi a quelli del marito (acidità, bruciori dopo i pasti) e poi negli ultimi anni soffriva in permanenza di ristagno gastrico per stenosi pilorica, tanto che sistematicamente doveva eseguire ad intervalli la lavanda gastrica, manovra che aveva imparato ad eseguire da sè senza ricorrere al medico.

c) La mamma del paziente (n. 5), dopo un lungo periodo durante il quale aveva sofferto disturbi dolorosi allo stomaco — ad insorgenza dopo i pasti — a 44 anni fu colpita improvvisamente da una sindrome peritoneale acuta, che richiese un intervento praticato dal chirurgo dell'epoca nel nostro ospedale. Alla laparotomia si trovò un'ulcera perforata del duodeno con secondaria peritonite acuta diffusa che qualche giorno dopo condusse a morte la paziente.

d) Uno zio materno, D. P., di anni 68, vivente (n. 4) ha sofferto molti anni fa di disturbi allo stomaco, per i quali circa 25 anni addietro venne operato. Fu riscontrata un'ulcera (non si sa precisare se gastrica o duodenale) e venne praticata una gastroenterostomia. In precedenza era stato sottoposto ad altro atto operativo per emorroidi. Dopo il secondo intervento (benchè siasi manifestato laparocele) il paziente è stato bene ma è molto ingrassato (106 Kg.). Persiste la tendenza alla stipsi, ha perduto i denti, è calvo: attualmente soffre di attacchi anginosi.

Un figlio di questo paziente, cugino del nostro primo malato (n. 4'), di anni 23, venne tempo fa al nostro ambulatorio lamentando disturbi gastrici un po' vaghi e poco caratteristici che lo affliggevano da 4-5 mesi e sembravano in relazione ai pasti (pare cessassero col vomito).

L'esame dimostrò una ernia epigastrica grande come una nocciuola alla quale furono attribuiti i disturbi. Il riscontro radiologico non aveva messo in evidenza i classici segni dell'ulcera, ma solo un ipertono ed una ipercinesi dello stomaco con bulbo duodenale talora spastico.

All'atto operatorio (prof. Caravani), oltre all'ernia epigastrica, benchè non si potessero apprezzare coll'esplorazione segni sicuri di ulcera duodenale, si rilevò un manifesto e notevole processo di *periduodenite recente.*

e) Un altro zio materno, O. P., di anni 58, vivente (n. 7 dello schema), cominciò a soffrire verso i 40 anni di dolori e acidità dopo i pasti, calmati dapprima con bicarbonato poi con magnesia bisurata. Aveva periodi di miglioramento o di scomparsa dei dolori che duravano a lungo, finchè un giorno ebbe deliquio e abbondante melena. Dopo qualche anno, i disturbi che erano quasi scomparsi si riaffacciarono gradatamente sino a divenire abbastanza intensi ma senza i caratteri di un volta: una lavanda gastrica praticatagli circa due anni fa fece rilevare notevole ristagno nello stomaco di cibi ingeriti nel giorno precedente. Il paziente cominciò a praticarsi da sè, ogni 5 o 6 giorni, la lavanda gastrica, dopo la quale stava discretamente per qualche tempo. Venuto nel nostro ambulatorio il paziente, per il grave deperimento che presentava, fu consigliato di operarsi, avendo l'esame radiologico confermato la presenza di una serrata stenosi pilorica con notevole gastrectasia.

L'atto operativo (prof. Caravani) oltre a questo reperto, fece rilevare nella parete anteriore del duodeno, a circa un centimetro dalla vena pilorica, una cicatrice stellata biancastra, indubbio esito di antica ulcera duodenale.

Fu praticata la gastroenterostomia posteriore dopo la quale il paziente si è rimesso e non ha sofferto più disturbi di sorta.

f) Degli altri zii materni del nostro paziente, uno, G. P., di anni 70, tuttora vivente (n. 3), non ha sofferto disturbi degni di nota; l'altro, A. P. (n. 6) è morto a 18 anni dopo aver a lungo sofferto per una coxite di natura specifica.

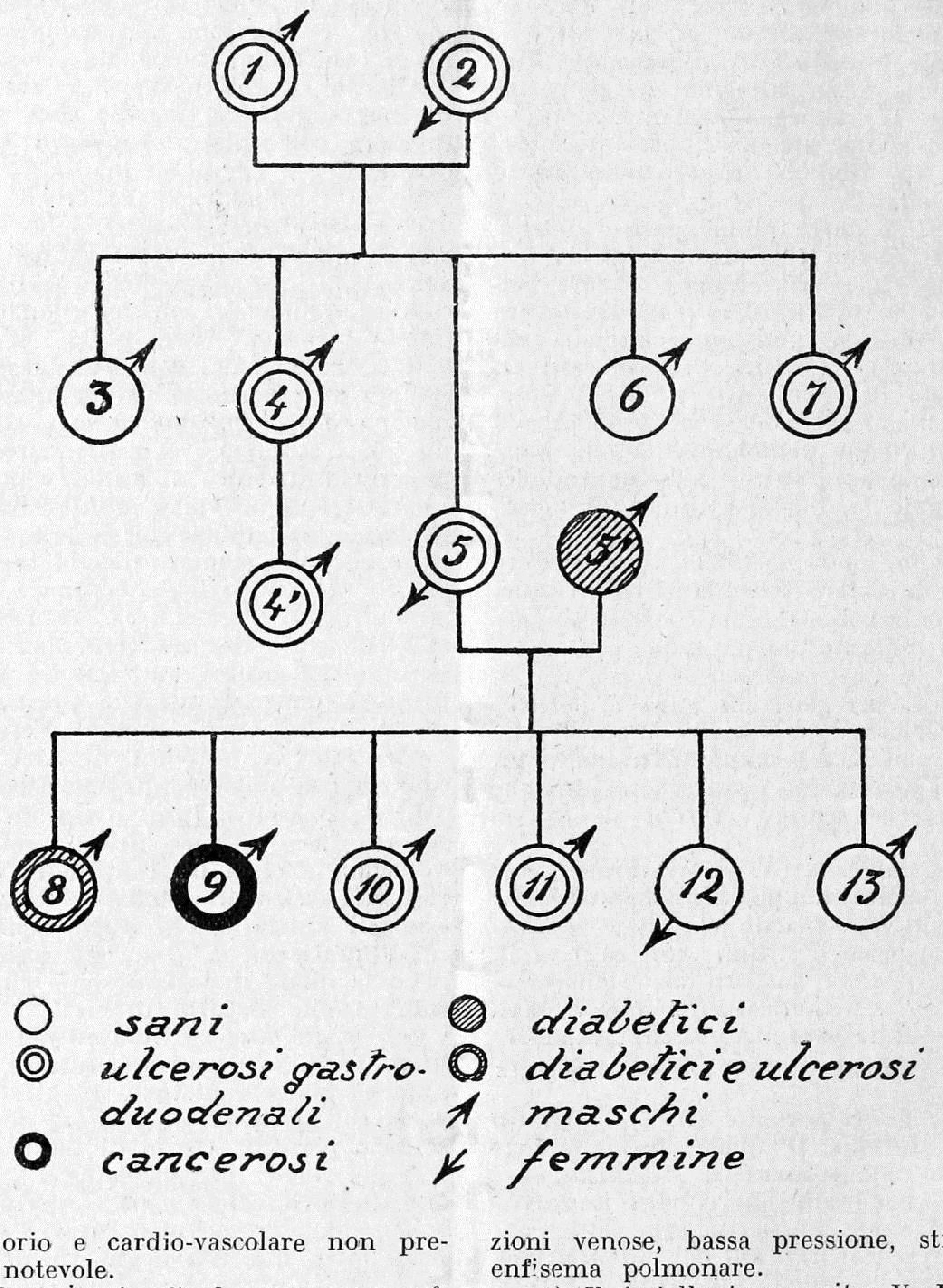
g) Il padre del paziente (n. 5' dello schema), era affetto da diabete ed è morto a 74 anni con fenomeni aterosclerotici gravi, senza aver sofferto altre malattie degne di nota.

Le indagini praticate nei collaterali del nostro malato non sono state meno interessanti:

a) Il fratello primogenito, V. F., di anni 42 (n. 8 dello schema) cominciò a soffrire verso i 16-17 anni di stomaco; sensazione di crampo alla regione epigastrica, che insorgeva dopo qualche ora dal pasto, in genere molto tardivamente e che cessava con alcalini o con ingestioni di cibo. I disturbi durarono per lunghi anni (non meno di 10-12) a periodi, durante i quali il paziente faceva uso costante di bicarbonato o di magnesia bisurata con buoni risultati.

Da una diecina di anni, in seguito a forte deperimento, si è accorto di essere affetto da diabete mellito che persiste tuttora con tasso discreto di zucchero nelle orine (2-3 litri con 15-20 per mille di glucosio). Il paziente non soffre più attualmente di disturbi gastroenterici ma soltanto di notevole astenia.

All'esame obbiettivo si rilevano la struttura somatica e le stesse note costituzionali del nostro primo malato: è anch'esso calvo, ha tendenza alla stipsi, disturbi emorroidari, carie dentaria, notevole eccitabilità psichica. All'esame dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare non presenta nulla di notevole.



b) *Il secondogenito* (n. 9) che non aveva sofferto in passato malattie di importanza, all'infuori di una polmonite, nell'aprile 1927 cominciò ad avvertire senso di acidità dopo i pasti, che cessava con polveri alcaline e che si protrasse con qualche leggera remissione, sino al giugno, mentre l'appetito andava diminuendo e le condizioni generali deperivano visibilmente.

Visitato in quell'epoca presentava una tumefazione dura, irregolare, dolente, alla pressione nella regione epigastrica, un po' a destra della linea mediana, mobile con i movimenti respiratori: l'esame del succo gastrico, dopo pasto di prova, dava assenza di acido cloridrico e presenza di acido lattico.

Un atto operativo (che per la diffusione del processo si limitò ad una semplice gastro-enterostomia) mise in evidenza un neoplasma maligno della regione antropilorica con parziale stenosi, che in seguito invase completamente il fegato e portò a morte il paziente in circa due mesi.

Questo malato era di tipo longilineo (abito astenico di Stiller) aveva tendenza alle dilatazioni venose, bassa pressione, stipsi e discreto enfisema polmonare.

c) *Il fratello terzogenito*, V. F., di anni 37, medico (n. 10) presenta molti dei caratteri costituzionali degli altri fratelli: calvizie precoce, tendenza alla stipsi e alle crisi emorroidarie, irritabilità psichica, ecc.

Circa 4 anni fa cominciò a soffrire, per alimentazione incongrua dovuta alle sue abitudini di cacciatore, segni di gastrite che si protrassero senza speciali caratteri sino ai primi mesi del '29 quando i disturbi si accentuarono ed assunsero un tipo ben definito: dolori molto violenti alla regione epigastrica qualche ora dopo i pasti (3-4

ore) che cessavano immediatamente con alcalini o ingestione di alimenti (latte, biscotti). Queste sofferenze, non potendo il paziente per la sua qualità di medico condotto in campagna, adottare molti riguardi, durarono a lungo e si attenuarono con cura adatta: recentemente erano quasi del tutto scomparsi, dopo che il malato aveva cessato anche di fumare.

L'esame radiografico *in serie* praticato nella primavera 1929 aveva rivelato segni sicuri di ulcera duodenale.

Aggiungiamo per finire che una sorella più giovane del nostro malato di anni 33 ed un ultimo fratello di anni 29 non hanno presentato finora disturbi gastrici degni di nota (n. 12 e 13 dello schema).

Dall'esame dei dati essenziali che abbiamo sommariamente riferito, risulta che *su 13 componenti adulti di una famiglia* (nonni-figli-nipoti), non tenendo conto del n. 6 morto in giovane età, *sette hanno presentato segni sicuri* (all'esame clinico e radiologico o clinico ed anatomico o alla biopsia operatoria) *di ulcera piloro-duodenale, uno è morto a 36 anni per cancro della regione pilorica, due* (n. 1 e n. 8) *hanno manifestato tutti i segni clinici di ulcera duodenale.* E' noto come a questi segni Moyniham attribuisca grandissima importanza per la diagnosi dell'affezione, fondando il suo convincimento sul fatto che non raramente pazienti con questa sindrome, rinviati dal radiologo con reperto negativo per un ulcus, presentino, come abbiamo avuto campo di osservare anche noi recentemente, una grave enterorragia od una peritonite diffusa perforativa che confermano, pur troppo in ritardo, il valore dell'esame clinico.

Benchè il caso di questa famiglia di ulcerosi sovratutto per il numero elevato dei membri colpiti dall'affezione, ci sembri poco frequente e piuttosto eccezionale, abbiamo motivo di credere che indagando sistematicamente sui precedenti dei pazienti di ulcera gastro-duodenale, sia tutt'altro che raro trovare analoghi esempi che convalidano l'importanza dell'ereditarietà nell'affezione in parola. Così del tutto recentemente, esaminando una paziente già operata di ulcera gastrica, abbiamo appreso che una sua sorella, dopo lunghe sofferenze gastriche, era morta per ematemesi e melena imponenti e la madre, verso l'età di 35 anni, aveva egualmente sofferto a lungo di disturbi gastrici a tipo ulceroso, accompagnati da ematemesi e melena. Tutto fa quindi pensare che, almeno in molti casi, esista nell'etiopatogenesi dell'ulcera gastroduodenale una influenza notevole dell'ereditarietà, dimostrata dalla frequente constatazione che analoghe lesioni esistevano negli ascendenti.

Le ricerche eseguite sistematicamente su questo argomento negli istituti clinici sembrano convalidare questa concezione, benchè non da tutti gli autori (F. Heissen, Hegemann, Marcovich) si voglia accordare al fattore ereditario una importanza degna di nota. Infatti tanto lo studio fatto da Spiegel su 121 ulcerosi e 200 individui sani, come le ricerche eseguite da Bauer e da Aschner su 154 ulcerosi e 200 individui sani e più recentemente da Polacco su 250 casi di ulcera gastro-duodenale, hanno dimostrato che tra i genitori e i fratelli degli ulcerosi esistono con molta maggiore frequenza (4-5 volte in più) che nelle famiglie dei sani, gastropazienti affetti da ulcus o da neoplasmi. Naturalmente, come avviene in tutte le statistiche, la percentuale riguardante tale ereditarietà, riportata dagli AA. varia entro limiti abbastanza estesi, oscillando da cifre del 5-5,50 % (Heissen-Holler e Vecsler), del 15 % (Huber) al 22 % (Polacco), al 25 % (Westphal), al 30 % (Bernhard), e ciò si comprende tenendo conto dei variabili criteri che dai diversi AA. vengono seguiti nel valutare i dati delle statistiche stesse. Comunque, le numerose memorie riguardanti casi di ulcera in più membri della stessa famiglia già noti ed il caso da noi osservato, rendono indiscutibile il fatto che un'influenza dell'ereditarietà, variabile a seconda dei casi, ma certamente non indifferente, esiste sicuramente nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.

Ammessa dunque questa influenza, diciamo così generica, dell'ereditarietà, dimostrata dall'osservazione clinica come possiamo spiegarla al lume delle attuali nostre conoscenze sulla etiopatogenesi dell'ulcera G. D.? Si manifesta essa attraverso la trasmissione ereditaria di una data costituzione o in altro modo?

Abbiamo in precedenza ricordato le teorie più importanti emesse a questo proposito, aggiungendo come manchi sinora l'accordo sopra una formula che si presti in tutti i casi ad una spiegazione soddisfacente. Si può ad ogni modo, anche tenendo conto di questa riserva, convenire che la maggior parte di queste teorie non offrono un sufficiente punto di appoggio per la soluzione del problema patogenetico dei nostri casi di U. G.D., all'infuori di quella concezione basata su elementi costituzionali e che, come abbiamo più sopra concluso, costituisce il fondamento non solo della teoria anafilattica, ma anche neurogena. Resta a vedere se dall'indagine clinica dei nostri pazienti possano trarsi elementi sufficenti per convalidare la supposizione dell'esistenza di quel substrato costituzionale che forma la base

di questa teoria. Ci sembra di poter rispondere affermativamente a questo quesito. In tutti i pazienti da noi direttamente osservati, oltre ad alcuni caratteri particolari (calvizie precoce, carie dentaria, ecc.) esistevano: note di nervosismo ed ipereccitabilità psichica, tendenza alla stipsi, alle emorroidi, all'enfisema, alla bradicardia, all'ipotensione (con dilatazioni vasali) all'ipersecrezione e ipermotilità gastrica. Questi caratteri rientrano in gran parte tra quelli propri del terreno vagotonico il quale, secondo l'opinione dei nostri costituzionalisti, avrebbe la massima importanza nell'etiopatogenesi dell'U.G.D.

Questa constatazione ci porterebbe a sostenere che, almeno nei nostri casi, l'influenza della ereditarietà si sarebbe manifestata mediante la trasmissione di quei caratteri costituzionali rappresentati essenzialmente dallo squilibrio del sistema neurovegetativo con prevalenza della sezione vagale.

E' noto tuttavia che altri AA. interpretano diversamente o per meglio dire più vagamente l'influenza dell'ereditarietà (Bauer) ammettendo che essa si manifesti con la trasmissione di un *quid* costituzionale, consistente in una diminuita resistenza congenita della parete gastroduodenale.

Per quanto riguarda l'abito costituzionale dobbiamo aggiungere che esso non si presentava uniforme nei nostri pazienti, essendosi riscontrato in alcuni l'abito astenico, in altri l'abito linfatico, in altri il tipo medio. Questa constatazione contrasta con l'asserzione di coloro che sostengono essere l'U. G. D. propria di un determinato abito costituzionale (abito astenico di Stiller, abito linfatico) in verità molto frequente a riscontrarsi in questi pazienti, ma non costante. In opposizione a questi AA. anche Udaondo ritiene non esistere un tipo morfologico caratteristico dell'U. G. D., benchè anch'egli convenga che si trovano con grande frequenza nella storia degli ulcerosi antecedenti digestivi di carattere famigliare, rivelanti una debolezza costituzionale in questa sfera e costituiti da deviazioni secretorie sovratutto del tipo iperacido, coesistenti abitualmente con altri sintomi congeniti che sono poi quelli stessi constatati nei nostri pazienti: stipsi, emorroidi, bradicardia, ipotensione, eccitabilità psichica, ecc. Egli ha constatato come in questi pazienti si trovino frequentemente anche disturbi motori, come pilorospasmo a ripetizione per anomalie di innervazione vegetativa o per anomalie di posizione e come predominino spesso l'ipertonia gastrica e l'iperperistaltismo, insistendo sull'importanza dei disturbi costituzionali del sistema vegetativo, benchè egli non creda di poter incriminare più specialmente uno stato di vagotonia o di simpaticotonia. In sostanza tali osservazioni concordano con quanto abbiamo già esposto circa l'opinione dei nostri costituzionalisti, per i quali tuttavia i disturbi del sistema vegetativo avrebbero un carattere più definito, dato dalla prevalenza della sezione vagale sul simpatico. L'osservazione clinica ha dimostrato come in realtà risulti talora troppo schematica la classificazione netta di tali disturbi e come in pratica sia tutt'altro che raro trovare alcuni segni di ipertonia di una sezione del sistema autonomo coesistere con segni di ipertonia dell'altra sezione. Il che può spiegare come, secondo la concezione di Udaondo, alcuni determinati disturbi di una sezione del sistema neurovegetativo (ipertono) possano esistere ed essere ammessi quali possibili fattori patogenetici anche in casi nei quali, seguendo un concetto troppo rigido, sembrerebbero in contrasto con la presenza di disturbi da ipertono dell'altra sezione.

Per conto nostro, oltre a questi disturbi del sistema vegetativo di natura costituzionale (congeniti) crediamo non dovrebbero dimenticarsi i corrispondenti fenomeni di natura acquisita, secondari ad affezioni svariate e molto più frequenti di quanto non si creda.

Ammessa l'importanza dell'ereditarietà e del terreno costituzionale, quali fattori capaci di provocare nella mucosa gastro-duodenale, talora attraverso disturbi del sistema neurovegetativo, alterazioni nutritive d'origine anafilattica o nervosa (spasmi, ecc.), ai quali seguirebbe la formazione dell'ulcera, dobbiamo aggiungere che *necessariamente a detto fattore costituzionale* — più o meno importante a seconda dei casi — *deve associarsi qualche altro fattore che determini la genesi dell'ulcera.* Non si potrebbe spiegare diversamente il fatto che tanti altri individui aventi le stesse note costituzionali ed analoghi disturbi del sistema neurovegetativo non presentano affatto segni di U. G. D. Per quanto concerne il nostro caso, dalla constatazione che i nostri malati (*ad eccezione di quello (n. 3) rimasto indenne da lesioni ulcerose*) erano cacciatori accaniti come molti altri pazienti ulcerosi da noi osservati, potrebbe dedursi che forse il genere dell'alimentazione (che nei cacciatori è notoriamente incongrua, irregolare, e molto distanziata) ha avuto importanza di fattore coefficiente, determinando sul terreno fortemente predisposto

le condizioni (gastrite, ristagno prolungato di chimo iperacido, ecc.) favorevoli allo sviluppo dell'ulcera.

Dal punto di vista pratico dovremmo infine osservare che tale concezione etiopatogenetica dell'ulcera G. D. ha trovato rispondenza in tentativi terapeutici tendenti alla modificazione del terreno costituzionale (desensibilizzazione dell'organismo), praticata dapprima con la proteino-terapia e poi con l'autoemoterapia, attualmente molto diffusa.

Solo un serio e prolungato controllo clinico potrà dirci se i buoni risultati segnalati da vari AA. adottando questo indirizzo terapeutico, abbiano un reale fondamento. Per ora possiamo solo, concludendo, affermare che, malgrado le incertezze ed i punti oscuri che rendono tutt'ora sospesa la soluzione del problema etio-patogenetico dell'U. G. D., lo studio clinico e l'osservazione sperimentale hanno messo in evidenza, oltre a variabili fattori contingenti, l'importanza talora molto notevole del fattore predisponente costituzionale, senza del quale sarebbero difficilmente spiegabili casi, come quello da noi riferito, di intere famiglie di « ulcerosi ».

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver ricordato i recenti studi circa l'importanza del terreno costituzionale e dell'ereditarietà nella patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale, riferisce le proprie osservazioni *sopra una famiglia* (nonni-figli-nepoti) *di 13 persone*, di cui *10 presentarono segni indubbii di lesione organica gastro-duodenale*, per la quasi totalità *a tipo ulceroso*.

L'importanza patogenetica del fattore costituzionale ed ereditario, comprovata dagli studii statistici, sarebbe verosimilmente legata, come anche farebbe supporre la disamina dei casi osservati dall'A., alla trasmissione di una particolare sensibilità della mucosa gastroduodenale secondaria a disturbi congeniti od acquisiti del sistema neurovegetativo, con frequente preponderanza della sezione vagale (vagotonia): sopra la mucosa in tal modo predisposta, agirebbero secondariamente variabili fattori contingenti, provocando la formazione dell'ulcera rotonda.

BIBLIOGRAFIA.

EPPINGER ed HESS. *Die Vagotonie.* Berlin, 1910, I.
BAUER ed ASCHNER. Klin. Wochenschrift, 1922.
RUHMANN. *Der Ulcus-Kranke.* Karger, Berlin, 1926.
POLACCO. Arch. It di Chirurgia, vol. XIX, f. II.
CESARIS DEMEL. Pathologica, n. 341, 1923, e numero 423, 1927.
DE TULLIO. *Spasmofilia costituz. nell'U. rotonda dello stomaco.* Riforma Medica, 1925.
CASTELLINO. *Della costituzione individuale.* Folia Medica, 1926, n. 15.
GALLI-POLACCO. Arch. It. di Chirurgia, vol. XXII, 1928.
F. POLACCO. *Ereditarietà nell'U. G. D.* Minerva Med., a. IX, vol. I, n. 7.
PENDE. *Le debolezze di costituzione*, Bardi, Roma, 1928.
ALESSIO. Pathologica, n. 440-441, 1928.
BARBARA M. Rinnovamento Medico, 1928, n. 7.
UDAONDO. Arch. app. digest. et nutrit., 1928, n. 8.
LANDAU e GLASS. Arch. app. digest. et nutrit., ott. 1929, n. 8.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sezione Chirurgica dell'Ospedale Civile - Imola
Direttore: prof. F. D'AGOSTINO.

Una rara lesione traumatica del gomito: lussazione isolata del radio e frattura parziale dell' «eminentia capitata»

Dott. CARLO DAL PRATO, aiuto.

Le lesioni del gomito derivanti da traumi compongono un capitolo assai importante della traumatologia, sia per l'enorme importanza che ha la funzione del gomito nel campo dell'attività umana, paragonabile, si può dire, solo a quella della mano, sia per la facilità con cui questa regione così complessa e così poco protetta presenta anche a lunga distanza dal trauma noiosissimi residuati. E' dunque della massima importanza che siano conosciute esattamente tutte le varietà delle lesioni che possono colpire il gomito e le alterazioni collaterali che sovente le accompagnano. Il caso di cui scrivo è una forma poco comune di lesione del gomito, importante appunto perchè sovente non è riconosciuta di primo acchito.

La sera del 1° novembre 1929 fu trasportata in Ospedale una donna caduta dall'alto di una scala a piuoli.

B. Angela, di anni 46, era stata sempre sana in precedenza. Aveva avuto 16 gravidanze di cui 6 abortive. In gioventù aveva riportato per 2 volte fratture agli arti inferiori. Poco prima del suo ingresso in Ospedale era precipitata al suolo da una scala a piuoli dall'altezza di circa 3 metri. Nè essa, nè i suoi famigliari seppero descrivere come ciò fosse avvenuto, e tanto meno l'atteggiamento tenuto dalla donna nel cadere. Al momento dell'accoglimento presentava: 1) una vasta ferita del cuoio capelluto e del padiglione dell'orecchio sinistro; 2) diverse lesioni all'arto superiore sinistro consistenti in una ferita al dito indice sinistro con lussazione anteriore della prima articolazione interfalangea; in una tumefazione dolentissima senza deformità al polso, dovuta probabilmente a frattura della epifisi infe-

riore del radio; e in una deformità evidentissima della regione del gomito che può così descriversi: Il braccio è semiesteso (angolo, circa 145°) in posizione intermedia fra la pronazione e la supinazione. La regione latero-posteriore del gomito presenta una spiccatissima salienza, che sembra dovuta ad un corpo resistente che respinga dall'interno i tessuti molli. Ad onta di questa salienza il braccio appare come « insaccato » dal lato esterno; il valgismo fisiologico del gomito è assai aumentato. Alla palpazione, che non è molto dolorosa, si riesce a rendersi conto che la sporgenza suddetta è dovuta ad una estremità ossea, situata lateralmente e indietro al



FIG. 1.

condilo omerale, che si continua direttamente con la diafisi radiale, e che del capitello del radio ha le note caratteristiche. Non si avverte alcuno scroscio. Infossando anteriormente il dito sul luogo ove normalmente si trova il capitello radiale, lo si sente vuoto.

La palpazione dell'articolazione cubito-omerale non rivela invece alcunchè di anormale, nè è dolente in nessun luogo. La donna si rifiuta di compiere movimenti attivi di una certa ampiezza per il dolore che le arrecano. Ma passivamente nessun movimento offre una vera impossibilità. Difficili e limitate la flessione e la pronazione, che sono anche assai dolorose.

Diagnosticata una lussazione isolata del capitello radiale, provvidi alla riduzione, che avvenne abbastanza facilmente, con uno scatto caratteristico, flettendo e pronando l'avambraccio, mentre un dito premeva fortemente sul capitello lussato. Ma poco dopo un piccolo movimento di estensione riproduceva la lussazione. Questa volta però la sporgenza era assai meno pronunciata, come appare in una radiografia subito dopo eseguita (fig. 1) quantunque il mancato contatto delle due superfici articolari vi sia ben evidente. La radiografia è presa col braccio in leggera rotazione interna.

Ma la radiografia, oltre che confermare la diagnosi fece rilevare un'altra lesione, dapprima non sospettata: una frattura parziale della superficie articolare del condilo omerale, o eminenza capitata. Tale tipo di frattura, in cui solamente parte del tubercolo osseo si distacca è nota, dal nome dei suoi primi osservatori, col nome di frattura di Kocher-Lorenz.

Fu eseguita anche una radiografia del polso, che mostrò una frattura della stiloide radiale, senza spostamento.

A questo punto praticai di nuovo la riduzione, che avvenne facilmente come la prima volta, ma ora mantenni flesso ad angolo retto il gomito e l'avambraccio fortemente pronato, avendo osservato che questo era l'unico atteggiamento capace di mantener fisso il capitello radiale. In tale posizione si eseguì un secondo radiogram-



FIG. 2.

ma (fig. 2) in cui la lussazione è ridotta e appare ben visibile il frammento osseo distaccato e spostato nella parte anteriore dell'articolazione, come del resto è descritto dalla maggioranza degli osservatori.

In tali condizioni essendo necessario assicurare la contenzione delle superfici articolari, provvidi subito a eseguire un apparecchio gessato, nel medesimo atteggiamento, esercitando anche una compressione diretta sulla superficie laterale del gomito, affine di impedire un certo giuoco del capitello radiale verso l'esterno. Tale apparecchio servì anche ad immobilizzare le lesioni del polso e del dito.

L'apparecchio fu lasciato in posto 15 giorni, dopo di che si tolse e si iniziò un trattamento termo- e cinesiterapico. Obbiettivamente il gomito poteva eseguire movimenti di flessoestensione abbastanza ampi, pronazione completa, mentre assai rigida era la supinazione. Nell'estensione il capitello del radio eseguiva un piccolo movimento di lateralità.

Circa un mese dopo il trauma fu eseguita una nuova radiografia: da essa si vide che il capitello radiale non imboccava esattamente la superficie articolare dell'eminenza capitata, ma si aveva una superficie di contatto più che sufficiente per il giuoco articolare. La superficie di

frattura dell'eminenza capitata era meno netta e il frammento distaccato appariva in preda ad un processo di riassorbimento.

A distanza di tre mesi, quando già da tempo la paziente aveva ripreso le sue occupazioni ecco lo stato funzionale: Limiti della flessoestensione 60°-160°. Pronazione dell'avambraccio completa. Supinazione diminuita di una metà. L'arto era alquanto ipotrofico e leggermente meno valido. Dolorabilità sul gomito nessuna, se si esclude qualche fatto nevralgico influenzato dalle variazioni atmosferiche.

Nel caso suddescritto si sono dunque osservate al gomito 2 lesioni non comuni, e cioè la lussazione isolata, postero-laterale del radio, e la frattura parziale dell'eminenza capitata dell'omero. Di quest'ultima lesione i trattatisti sono concordi nell'ammettere la grande rarità. Il Clavelin, che nel 1923 pubblicò uno studio sull'argomento, non riuscì a raccogliere che venti osservazioni sicure. Dopo di allora, non ho visto nella letteratura che i tre casi pubblicati recentemente dal Ciaccia.

Quanto alla lussazione isolata del radio, i pareri sono molto meno concordi. Ad esempio il Forgue nel suo trattato ne fa una lesione assai rara, scrivendo testualmente: « La luxation du radius seul en avant, sans fracture subitale préalable, lésion niée par l'Academie royale de Chirurgie, s'observe; mais elle est très rare et ne se rencontre guère que chez les enfants » e non accenna nemmeno alle forme latero-posteriori; mentre il Lusena, ne parla come di una forma piuttosto comune la cui percentuale raggiunge il 4 % di tutte le lussazioni del corpo.

Su questa cifra però è necessario fare le dovute riserve, perchè non è giusto accomunare sotto la voce unica di lussazione isolata del radio forme diversissime per la patogenesi e per l'aspetto anatomo patologico. Si devono infatti togliere dal totale le cosidette « pronations douloureuses des enfants » degli autori francesi, che si credono dovute ad una sublussazione del radio per stiramento sulla mano, con interposizione parziale del legamento anulare del radio nell'articolazione radio-omerale.

Tale lesione è relativamente frequente e il Roello, nella Clinica Chirurgica Pediatrica di Firenze ne ha osservato il rapporto di 7 a 1 con le vere lussazioni del radio.

E nemmeno sono da confondere con la lussazione isolata tipica, le lussazioni con contemporanea frattura del cubito. Tale lesione va piuttosto ravvicinata alla lussazione di ambedue le ossa, perchè in entrambi i casi, la lussazione del radio si verifica perchè gli viene a mancare il sostegno del cubito, che al gomito è il vero perno dell'articolazione.

Di tale lesione, assai importante dal punto di vista della terapia, il Perrin nel 1909 ha raccolto 109 casi, studiandone accuratamente il meccanismo e la prognosi.

Per ultimo sono naturalmente da separare tutti i casi di lussazione congenita, perchè in generale gli autori, pur non trovandosi completamente d'accordo sulla etiologia, escludono l'origine traumatica, attribuendola piuttosto a disturbi trofici e di accrescimento (Potel, Andreini, Camplani, ecc.).

Non v'è dubbio quindi che sfrondato da tutte queste varietà eterogenee, il totale resta assai diminuito; e se si aggiunge che tutti gli autori ne parlano come di lesione propria dell'infanzia, credo di poterne concludere che la lussazione isolata del radio al gomito, è nell'adulto una lesione di notevole rarità.

Nel nostro caso, la presenza di altre lesioni ossee e articolari, cioè la frattura del polso e la lussazione del dito, non modifica il giudizio che si può dare dell'affezione del gomito, perchè a troppa distanza sono tali lesioni per aver influenzato sia pur minimamente il prodursi di essa. Tutt'al più si può asserire che lo stesso trauma ha prodotte entrambe le lesioni e vedremo che questo fatto ci può dare un filo conduttore per la interpretazione del meccanismo della lesione del gomito.

Difatti il meccanismo di formazione di tali lesioni che a prima vista non si saprebbero spiegare, è uno degli aspetti più interessanti di esse. Ci si domanda come possa avvenire la rottura dell'apparato legamentoso del solo radio, quando è noto che nel gomito spetta al cubito la massima parte della funzione e quindi degli impulsi traumatici con quella connessi. E non è illogico il prodursi di una frattura intraarticolare come quella dell'eminenza capitata, che fa pensare all'urto di un corpo tagliente, come di uno scalpello abbattutosi su di essa? Gli autori si sono sbizzarriti a darne le spiegazioni più varie, e molti hanno anche tentato di riprodurre sul cadavere le condizioni permettenti della lesione. I risultati non sono stati in genere incoraggianti. I più, per la lussazione anteriore del radio, adducono il meccanismo accennato dal Lusena, cioè la pronazione forzata della mano in iperestensione, che per l'accavallarsi delle due ossa dell'avambraccio riuscirebbe a lacerare l'apparato legamentoso del radio. Altri meccanismi più che altro teorici sono proposti dallo stesso Lusena dal Forgue, e da altri.

Quando la lussazione è laterale o posteriore, l'opinione più diffusa è che si tratti di una caduta sul palmo della mano, col gomito iper-

esteso (Löbker) o flesso (Roello) in modo che la testa radiale scivoli sulla superficie omerale e si porti all'indietro lacerando il legamento anulare del radio.

Per quanto riguarda le fratture dell'eminenza capitata il Clavelin nel suo interessante studio già citato, divide tali fratture in fratture complete, o fratture tipo Hahn-Steinthal, in cui l'intera protuberanza articolare è saltata, (e spesso anche il labbro esterno della troclea) spostandosi generalmente nella parte anteriore dell'articolazione; e in fratture incomplete tipo Kocher-Lorenz, in cui la frattura interessa solamente la cartilagine articolare a cui aderisce un frammento più o meno grande di osso. Anche in questo caso lo spostamento del frammento è per lo più anteriore, ma con meno costanza del caso precedente.

Ora il Clavelin per spiegare le fratture complete tipo Hahn-Steinthal adotta un meccanismo un po' complicato. Ne sarebbe causa la caduta sul gomito flesso a braccio abdotto. L'arto ricevuto dall'olecrano si propagherebbe al labbro esterno della troclea che sarebbe distaccato insieme con l'eminenza capitata appunto per l'azione del margine tagliente dell'olecrano stesso.

Ma il Clavelin stesso pensa che la maggioranza delle fratture si produca per una caduta sulla mano, a gomito semi-flesso, in modo che il labbro anteriore della superficie articolare concava del radio, urtando obliquamente contro l'eminenza dell'omero agisca come un colpo di scalpello e produca l'asportazione di una parte più o meno grande di cartilagine e di osso.

La semplicità di tale meccanismo è evidente e appare strano come il Ciaccia nella discussione dei tre casi da lui presentati recentemente, vi si dichiari contrario.

Nel caso nostro nonostante che la paziente non abbia potuto dare ragguagli circa il suo modo di cadere, l'unico meccanismo che si possa ragionevolmente accogliere è appunto il suddescritto.

L'atteggiamento del braccio in semiflessione e in pronazione intermedia era probabilmente lo stesso che al momento della caduta. E le altre lesioni concomitanti, frattura della stiloide radiale e lussazione del dito, attestano che il primo urto è stato subito dalla mano, probabilmente flessa verso il lato radiale, e da questa trasmessa al gomito dalla continuità della diafisi del radio.

Resta a spiegare perchè il trauma, arrivato così al gomito ha prodotto le due lesioni descritte, dando luogo ad un complesso morboso non descritto da nessun autore. Io credo di poter qui dichiarare che la pretesa unicità delle lesioni descritte nella letteratura, non corrisponde spesso alla realtà. Nel gomito specialmente l'addossamento dei vari organi che lo compongono è tale, e così scarso è l'apparato tegumentario, che sembra quasi impossibile che un trauma capace di produrre lesioni di continuità dei tessuti non dia luogo ad una lesione complessa. Lo sanno a loro spese i chirurghi che dopo aver trattato con ogni cura una lesione del gomito, vedono spesso residuare alterazioni funzionali dovute a lesioni collaterali di cui non si era sospettatata l'esistenza!

Per rimanere nel nostro caso particolare, l'interpretazione dei vari momenti della produzione della lesione è assai più facile considerando assieme la frattura e la lussazione. Difatti per formarsi una frattura simile, che solo il trauma diretto e violento di un corpo duro può produrre, è assai più semplice considerare il radio libero nei suoi movimenti, anzichè legato strettamente all'ulna da quel legamento anulare, che se gli permette dei movimenti di rotazione, gli impedisce assolutamente i movimenti di lateralità. Ora osservando che la perdita di sostanza dell'eminenza capitata occupa la metà laterale della salienza ossea, è logico pensare che l'urto del margine tagliente del capitello radiale abbia agito quando questo, libero ormai dal legamento anulare, aveva avuto la possibilità di spostarsi lateralmente. Si può pensare che, sotto l'azione del violento trauma trasmesso lungo il suo asse, il capitello radiale, non perfettamente centrato contro la superficie articolare dell'eminenza capitata a causa dell'atteggiamento di semiestensione e di pronazione del braccio, ha scivolato sulla superficie medesima finchè glielo ha permesso la tensione del legamento anulare. Impedito da questo lo ha lacerato lussandosi in fuori non senza aver prima col suo bordo interno assai tagliente asportato dalla superficie articolare la cartilagine ed un frammento di osso.

Ora possiamo chiederci se questa ricostruzione del meccanismo della lesione particolare, non sia spesso applicabile a non pochi dei casi descritti nella letteratura, e se anche in questi non sia esistita una doppia lesione. E' probabile che nella maggioranza dei casi di frattura dell'eminenza capitata una lussazione o almeno una sublussazione del radio vi sia stata, ma che, data la facilità della sua riduzione e la presenza di una lesione più grave non le si sia dato gran peso. Clavelin nel suo caso dice

appunto, senza darvi grande importanza, che vi era stata anche una lussazione del radio. E' da notare inoltre scorrendo la letteratura dell'argomento, che pochissimi furono i casi diagnosticati immediatamente dopo il trauma. La grande maggioranza fu vista dopo giorni o mesi, quando naturalmente solo la frattura e il relativo referto radiologico potevano essere osservati.

Queste osservazioni non vogliono naturalmente essere il letto di Procuste di tutti i casi consimili. Mi sembra però giustificato, quando capiti una di codeste osservazioni, e anche una qualsiasi altra lesione traumatica del gomito, il pensare ad una lesione complessa e ricercarla accuratamente, anche per istituire un adatto indirizzo curativo. Le affezioni del gomito trattate con poca accuratezza, e talora purtroppo anche quelle trattate con ogni cura vedono non di rado sopravvenire le più impensate complicazioni. Ad una frattura dell'eminenza capitata, o di tutto il condilo esterno, può conseguire per il valgismo che si produce, una paralisi del nervo cubitale stirato nella sua doccia. Casi di questo genere furono osservati da Grégoire, Routier, Fasiani e da altri. E ad ognuno sarà avvenuto di osservare in casi di antichi traumi del gomito, generalmente lussazioni, la presenza di formazioni osteofitiche capaci di ostacolare gravemente la funzione.

Per quanto riguarda il trattamento, nella frattura dell'eminenza capitata quasi tutti gli autori consigliano l'asportazione del frammento distaccato per mezzo di un'artrotomia laterale (Kocher) o anteriore (Billet). Ma tutti gli autori hanno sempre operato in casi non recenti, quando cioè i disturbi si erano ormai ristretti alla presenza del corpo libero articolare, senza che vi fossero altre cause di disfunzione. L'intervenire in un caso recente può significare stimolo alla formazione di osteofiti, e peggioramento quindi della funzione articolare.

Per ovviare poi alla lussazione del radio, che, come dissi, è spesso di difficilissima contenzione, e che perpetuandosi può provocare anche gravi complicanze (sec. Perrin paralisi del radiale nel 6 % dei casi, artrite deformante nel 4 %) sono state ideate moltissime operazioni, come la capsulorrafia (Sprengel) o la ricostruzione del legamento anulare con una bandelletta aponevrotica (Katzenstein). Ma queste operazioni sono secondo molti autori (Tillmann, Le Dentu, Delorme) tutt'altro che sicure nel loro risultato e spesso si deve finire per resecare la testa del radio.

E' dunque estremamente importante che appena avvenuto il trauma le singole alterazioni siano esattamente individuate. E' facile allora, quando i tessuti sono lacerati di fresco, che anche la cura incruenta possa dare buoni risultati, purchè sia severamente applicata. Nel nostro caso si è seguita la cura incruenta, e a distanza di 6 mesi, non vi è sinceramente da dolersene. La presenza del frammento osseo distaccatosi, non sembra dare alcuna grave limitazione del movimento, e la lussazione radiale per quanto non abbia raggiunto la *restitutio* anatomica appare sufficientemente ridotta. E' probabile invece che un intervento chirurgico per asportare il frammento, o per ricostruire il legamento anulare avrebbe ottenuto un risultato meno buono e lasciato il gomito in condizioni funzionali più deficienti.

RIASSUNTO.

Il complesso morboso osservato non era ancora stato descritto nella letteratura medica. L'A. ne analizza il meccanismo di produzione e fa osservare che anche una cura incruenta può dare buoni risultati purchè sia precocemente applicata.

PUBBLICAZIONI CONSULTATE.

ANDREINI. Archivio di Ortopedia, 1909, pag. 339.
BILLET. Bulletin et mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris. Séance 4 mai 1921, pag. 613.
CAMPLANI. Radiologia medica, vol. 16, 1929, pagina 1093.
CIACCIA. Chirurgia Org. movimento, vol. 14, pagina 181, 1929.
CLAVELIN. Revue de Chirurgie, vol. 61, n. 1, 1923.
ESTOR. Revue d'Orthopédie, 1914, pag. 349.
FASIANI. Minerva Medica, n. 18, 1926, pag. 534.
FORGUE. *Traité de Pat. externe.* Doin, Paris, 1928.
GREGOIRE-ROUTIER. Bull. et mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, vol. 50, 1924, pag. 232.
LE DENTU et DELBET. *Trattato di Chirurgia.*
LÖBKER. Wiener Med. Presse, 1883.
LUSENA. *Traumatologia clinica.* U.T.E.T., 1926.
PERRIN. Revue d'Orthopédie, 1909, pag. 339.
POTEL. *Traité d'Orthopédie.* Doin, Paris, 1925.
ROELLO. Chirurgia Org. movimento, vol. 7, pagina 569, 1923.

COMMENTI

Il timpanismo basilare nell'idropneumotorace.

ERNESTO SIGNORELLI
Primario I° Turno medico Arcispedale Santa Maria Nuova in Firenze.

Una recente pubblicazione del Mazzetti dell'Istituto di Semeiotica Medica di Milano diretto dal prof. Carpi: « Di un nuovo segno fisico nell'idropneumotorace: il suono idropneumotoracico di otre » (*Il Policlinico*, Sezione pratica, n. 37, 15-9-1930) mi costringe a ritornare sullo stesso argomento da me già per il primo trattato in Italia fin dal 1924. Allora esponevo, all'Accademia Medico-Fisica fiorentina, su di un particolare sintoma che spesso si osserva in corso di idropneumotorace e da me segnalato col titolo di « Timpanismo basilare », volendo con ciò significare come in ammalati con idropneumotorace spontaneo, o artificiale per pneumotoracentesi, si osservi nel mezzo dell'ottusità idrica della base polmonare un suono timpanico di varia estensione e sonorità, per lo più lungo la linea ascellare o angolare della scapola. Riportavo le modalità con cui si presenta il sintoma in due casi di idropneumotorace spontaneo ed in altri sette casi in cui con diversi accorgimenti ero riuscito a provocarlo sperimentalmente, ed il perchè non si presentava in altri cinque casi. Pertanto potevo formulare, a differenza dell'unico Autore che mi aveva preceduto nell'argomento, la possibile genesi unica del sintoma, le sue leggi fisico-anatomiche, l'importanza diagnostica, prognostica, ed i corollari pratici che ne conseguono ai fini della cura pneumotoracica e della pleurite in genere. La mia pubblicazione appariva nello *Sperimentale* del gennaio 1925.

Onestamente prima di esporre le mie osservazioni, data la frequenza con la quale, secondo me, ricercandolo si presenta il sintoma, consultai per diversi mesi la letteratura per vedere se altri Autori si fossero occupati prima dell'argomento ed arrivai a scoprire che già un Autore tedesco, il Baümler, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. 84, 1905; Bd. 131, 1920, a proposito di idropneumotorace spontaneo o per ferite da proiettile, aveva descritto cotesto timpanismo e cercato di interpretare il sintoma già studiato da me (quindi indipendentemente dalle sue osservazioni) ed infatti diversa ne risultava l'interpretazione patogenetica, varia per il Baümler, da riportarsi ad una legge unica nei miei casi.

Oggi il Mazzetti non solo non fa menzione del mio lavoro; ma altresì di ben altri quattro lavori successivi italiani tutti ispirati dalla mia pubblicazione e che, a differenza di questa, sono apparsi non in un giornale che si occupa a prevalenza di problemi di biologia, come lo *Sperimentale*, ma in riviste di clinica medica. I lavori del Pedrinoni (« Sul timpanismo basilare nell'idropneumotorace », *Clinica Med.*, n. 4, 1926), del Mannini (« Valore pratico del timpanismo basilare nei riguardi della diagnosi, prognosi e cura delle affezioni idro- o pio-pneumotoraciche », *Rivista di Clinica Medica*, n. 1-2, 1930), miei assistenti; il lavoro del Condorelli (« Semeiogenesi delle zone di timpanismo nell'aia dell'ottusità nell'idro- o piopneumotorace », *La Clinica Medica Italiana*, n. 4, 1929) suggerito dal prof. Zagari che aveva avuto occasione di conoscere le mie pubblicazioni; il recente lavoro del Capani (« Contributo allo studio semeiologico delle zone di timpanismo presenti nell'aia di ottusità delle raccolte idroaeree del torace », *Rassegna di Terapia e Patologia Clinica*, n. 5, 1930).

Il Mazzetti per giustificare la novità della sua osservazione si appoggia a sua volta ad un A. fiorentino che non si dimostra al corrente dell'argomento in un recente trattato dove svolge per esteso la semeiologia del pneumotorace (Riccioli: « La Semeiotica del pneumotorace », Cappelli, Bologna, 1930).

Comunque, quello che è certo si è che i due casi in cui il Mazzetti ha riscontrato il timpanismo basilare, o suono di otre, come lui lo chiama, corrispondono in ogni particolare d'insorgenza, modo di presentarsi, sede, decorso, esito, a quanto era stato da me descritto e confermato dai miei assistenti ed in gran parte dal Condorelli; ma quello che mi fa piacere si è anche che, pur non avanzando il Mazzetti un'ipotesi patogenetica propria, conviene con quanto io ho esposto, essere cioè il sintoma specialmente in rapporto alle modalità quantitative in cui si vengono a trovare e gas e liquido nella cavità pleurica, alle condizioni anatomiche della pleura stessa (se aderenze più o meno estese) alla pressione endopleurica mai nettamente positiva, alla rigidità o meno della parete toracica e di tutti i mezzi elastici polmonari.

Il Mazzetti non si prospetta neppure in via d'ipotesi quanto ha sostenuto per qualche caso il Baümler e quanto sostiene che si verifichi

in ogni caso il Condorelli, cioè che il timpanismo sia dovuto ad un'emulsione più o meno grossolana che si verrebbe a stabilire tra essudato e gas pneumotoracico, che il Condorelli ed un altro allievo del prof. Zagari, il Capani, pretendono di aver dimostrato radiologicamente.

Tuttavia se il lavoro del Mazzetti e questo mio doveroso richiamo, che l'A. pertanto vorrà scusare, servirà a maggiormente interessare dell'argomento gli studiosi di tisiologia e la scuola del prof. Carpi in modo particolare, come insigne allievo del nostro grande Forlanini, che siano i benvenuti. Perchè è in verità strano come questo rilievo semeiologico di importanza, certo maggiore di tanti altri della semeiotica polmonare, non abbia ancora attirato l'attenzione degli studiosi di cotesto importante capitolo.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La sindrome addominale acuta da sezione midollare.

(A. Hamant e L. Cornil. *Presse Médicale*, 25 giugno 1930).

Le complicazioni viscerali che si verificano in seguito alla sezione fisiologica del midollo spinale in conseguenza di un trauma o di una mielite acuta sono state molto studiate durante la guerra.

La lesione midollare capace di produrre tale sindrome può essere una ferita o la sezione completa, lo spappolamento di parecchi segmenti o una semplice commozione midollare.

La sede del trauma è generalmente la sezione dorsale media o inferiore, ma recenti osservazioni hanno dimostrato che i disturbi addominali possono essere provocati anche da una lesione del midollo cervicale.

I primi sintomi compaiono dopo un periodo di latenza più meno breve, da qualche ora a uno o due giorni e anche più. La sindrome si annunzia di solito con meteorismo o più di rado con vomito e singhiozzo.

I sintomi funzionali sono: nausee, vomiti, rigurgiti, eruttazioni, singhiozzo, emorragie, stipsi o diarrea.

I disturbi urinari sono gravi: ematuria da congestione vescicale o renale, nefrite con ipoazoturia ed ipocloruria.

I fenomeni dolorosi consistono in una penosa sensazione di tensione, epigastralgie spontanee alla pressione o in coliche violente e diffuse.

Obbiettivamente si constata: meteorismo del tenue, del colon o generale, aumento di volume del fegato, aumento dello spazio di Traube che dimostra la partecipazione dello stomaco alla distensione paralitica, borborigmi. Si può avere contrattura degli sfinteri anale e vescicale, o dissociazione sfinterica, contrattura del vescicale e paralisi dell'anale.

I sintomi generali sono: facies peritoneale, talvolta febbre alta all'infuori di qualsiasi complicazione infettiva, tachicardia, talvolta priapismo.

La sindrome addominale acuta può assumere una forma benigna o maligna.

Nella prima si ha solo meteorismo addominale e qualche vomito.

Nelle forme gravi si hanno tutti i sintomi dell'ileo con ritenzione di feci e di urine e forte distinzione addominale.

Talvolta a quelli addominali si aggiungono disturbi pulmonari.

Le forme benigne, che sono le più comuni scompaiono in qualche giorno.

Nelle forme gravi si può avere la morte, determinata dagli stessi fatti addominali. Il meteorismo, la ritenzione delle feci. i vomiti che finiscono per diventare fecaloidi sboccano in uno stato di coma.

Le forme emorragiche sono le più gravi. I vomiti neri, l'ematuria, le diarree abbondanti e talvolta sanguinanti spossano rapidamente il malato.

Nelle forme toraco-addominali la morte è determinata dall'edema pulmonare acuto o da una broncopulmonite.

All'autopsia si nota: congestione del peritoneo e dei visceri, parete vescicale spessa e edematosa, aumento di volume del fegato e della milza, vasodilatazione e dilatazione del tratto gastro-enterico, talvolta con spasmi di sezioni di esso.

Tenuto conto della sintomatologia clinica e del reperto anatomo-patologico si può concludere che la sindrome addominale da sezione midollare è caratterizzata da:

1) vasodilatazione addominale di grado vario, che nelle forme gravi si manifesta con ematuria, ematemesi, melena e congestione epatica;

2) disturbi della motilità intestinale, costituiti da enterospasmo o da dilatazione intestinale;

3) disturbi secretori: ipersecrezione gastrica e disfunzione renale.

La sindrome addominale d'origine midollare ha molte analogie anatomo-cliniche con le sindromi da traumi addominali e con le sindromi addominali post-operatorie.

Per quel che riguarda l'interpretazione patogenetica, il reperto anatomo-patologico, lo studio della funzione del simpatico e le ricerche sperimentali dimostrano che l'inibizione traumatica dei centri midollari realizzando una vera ramisezione non agisce, come si sarebbe tentato di credere, determinando una iper-

simpaticotonia locale o uno stato d'inibizione simpatica pura.

La disfunzione dei centri periferici autonomi si stabilisce tanto nel senso della simpaticotonia come in quello della vagotonia. In effetti i rispettivi territori vasali e muscolari possono reagire in direzioni diametralmente opposte. La liberazione dei centri stessi dal controllo midollare determina per un certo tempo una iperattività riflessa nel loro territorio e per diffusione anche nelle zone vegetative lontane.

È probabile che lo stato costituzionale anteriore, locale o generale, abbia influenza nella determinazione del senso di queste reazioni.

DR.

Le sciatiche reumatiche.

(H. ROGER. *Presse Médic.*, 1930, n. 48).

Si distinguono tre varietà di sciatiche: 1) le parasciatiche nelle quali la lesione iniziale non ha sede nel nervo, ma l'irrita o lo comprime; 2) le sciatiche sintomatiche dipendenti da una lesione primitiva del nervo e con causa nettamente stabilita (infezione, intossicazione, trauma, ecc.); 3) le sciatiche reumatiche o artritiche, che fanno parte d'un insieme di manifestazioni dolorose subacute o croniche, le quali compaiono in individui di 40-50 anni nei tessuti periarticolari, nei muscoli, nei nervi o nel tessuto cellulare. I pazienti vanno di solito soggetti a crisi di emicranie o di asma, ad accidenti congestizi, ad epatismo o a calcolosi. Ma la sindrome dolorosa può essere anche primitiva e restare la sola manifestazione dell'artritismo.

Le sciatiche reumatiche si compongono di disturbi *sensitivi, motori, simpatici, umorali.*

I fatti *sensitivi* sono costituiti dal dolore spontaneo e provocato e dai disturbi della sensibilità obiettiva.

Il dolore spontaneo ha di solito sede alla radice dell'arto con diffusione a tutto l'arto stesso fino al piede.

Il dolore provocato si ricerca mediante la pressione su punti determinati o l'allungamento del nervo.

I punti dolenti alla pressione sono varii, i più costanti sono il gluteo, corrispondente all'incisura ischiatica, il femorale nella parte posteriore della coscia, il peroneotibiale acuto, dietro la testa del perone, l'achilleo ai due lati del tendine d'Achille, il medioplantare alla base dei metatarsi.

L'allungamento del nervo si ottiene con la flessione dell'arto rigido sul tronco (manovra di Lasègue).

I disturbi della sensibilità obiettiva superficiale sono rari e sempre leggeri nelle sciatiche reumatiche; la constatazione d'un'anestesia totale deve fare escludere questa diagnosi.

I fatti *motori* sono costituiti da variazioni dell'attitudine del paziente, atrofia muscolare, alterazioni della reazione elettrica, deficit motore e alterazioni dei riflessi.

Nelle forme molto dolorose il decubito è laterale, dorsale con lieve flessione del ginocchio nelle altre. Quando le due gambe sono poste simmetricamente si nota che il tallone del lato malato è più in alto. Si nota inoltre scoliosi che il più delle volte è incrociata (il tronco è inclinato dal lato opposto all'arto dolente), ma può essere anche omologa o alternante. L'andatura è « salutatoria » ossia il paziente s'inchina come se volesse salutare. Queste attitudini sono per lo più antalgiche e compensatorie, ma possono dipendere anche da irritazione o paresi delle branche posteriori delle paia sacro-lombari.

Quasi sempre si nota ipotonia muscolare: appiattimento della regione glutea, abbassamento della plica glutea, deviazione del solco intergluteo dal lato sano; segno della squadra (quando l'individuo si pone a ginocchi su di una sedia il tallone è abbassato ed il piede pende ad angolo retto), allargamento del tendine d'Achille, appiattimento delle doccie retromalleolari; appiattimento del piede.

L'atrofia muscolare è frequente nelle forme prolungate, può essere totale o parcellare. Spesso è precoce nei muscoli pedidii e si rileva facendo raddrizzare fortemente l'alluce. Con la percussione dei muscoli si può provocare qualche contrazione fibrillare alle regioni glutee e ai polpacci.

La reazione elettrica degenerativa è rara nelle sciatiche reumatiche. Più frequente è l'ipoeccitabilità che va di pari passo con l'alterazione dei riflessi.

Il deficit muscolare può estrinsecarsi con la difficoltà di mantenersi sulla punta dei piedi, il che può essere anche in rapporto con il dolore provocato.

Il riflesso achilleo è spesso indebolito o abolito.

L'eccitabilità idiomuscolare è generalmente esagerata.

Le *perturbazioni simpatiche* si manifestano con disturbi vasomotori, termici, sudorali e trofici che rimangono sempre discreti.

Tra i fatti umorali va notato il reperto di una leggera reazione meningea nel liquor e la negatività della Wassermann.

Le forme anatomo-cliniche della sciatica reumatica possono osservare quattro-cinque forme a seconda della localizzazione anatomica del processo morboso: la lombo-sciatica o sciatica funicolare alta, media e bassa, la sciatica sacro-iliaca o sciatica plessurale, la nevrosciatica o sciatica tronculare, la sciatica mialgica e la sciatica cellulalgica.

Nelle *sciatiche funicolari* o *lombo-sciatiche* nella metà dei casi il dolore s'inizia con uno stadio lombare che precede la fase nevralgica. Il dolore lombare è localizzato a 2 cm. fuori della linea mediana a livello della 4ª-5ª lom-

bare, ed è accompagnato da scoliosi e contrattura. I segni nervosi periferici sono più netti nella parte alta del nervo: il dolore lungo il nervo è provocato dalla tosse, dallo starnuto, dalla defecazione. Il dolore all'allungamento si provoca meglio con la flessione della testa e del tronco che con la manovra di Lasègue. L'achilleo è spesso abolito. Alla radiografia possono riscontrarsi leggere alterazioni delle vertebre lombari. Il liquido cefalo-rachidiano spesso dà una leggera dissociazione cito-albuminoidea.

La sciatica funicolare è prodotta da una lesione del funicolo, che è la parte del nervo dal punto nel quale lascia gli inviluppi piomeningei fino all'origine del plesso. Il funicolo non è bagnato dal liquor, attraversa il foro di coniugazione in una massa cellulo-grassosa insieme all'arteria spinale anteriore, ai linfatici ed a fibre simpatiche. Il rigonfiamento del periostio, le iperostosi del canale lombo-sacrale e sopra tutto l'aumento di volume del contenuto comprimono il funicolo e determinano l'algia.

La cura della sciatica reumatica funicolare consiste nella radioterapia lombo-sacrale superficiale, penetrante o profonda.

Giovano molto le iniezioni epidurali di novocaina (7-9 ctg. di novocaina in 15-20 cmc. di siero fisiologico) ogni 4-5 giorni.

L'intervento chirurgico (laminectomia decompressiva dalla 2ª alla 4ª lombare) va riservato ai casi gravi.

Le *sciatiche plessulari* o *sacro-ilio-sciatiche* sono legate all'irritazione del plesso lombo-sacrale in seguito ad un'artrite reumatica sacro-iliaca, alla quale segue dopo un periodo più o meno lungo.

Il dolore sciatico ha sede nella regione retrotrocanterica ed alla parte superiore della coscia senza oltrepassare il ginocchio.

I segni di Lasègue e di Bonnet sono poco intensi o assenti.

La pressione degli adduttori provoca dolore perchè è irritato il nervo otturatore.

Il malato tiene sollevata l'anca con la colonna vertebrale rigida. I glutei sono ipotonici.

Il riflesso achilleo è normale o poco alterato; il riflesso degli adduttori ed il rotuleo sono talvolta indeboliti.

Il liquido cefalo-rachidiano è normale.

La radiografia rivela opacità dell'interlinea articolare.

Il decorso è spesso recidivante.

Si cura con la radioterapia penetrante, l'ionizzazione all'aconitina, la diatermia, le iniezioni di anestesici in prossimità dell'articolazione.

Le *sciatiche tronculari o nevrosciatiche* sono dovute a congestione del nervo o ad infiammazione del perineuro.

Il dolore s'inizia alla regione glutea e si diffonde a tutto l'arto.

È caratteristico il dolore alla pressione dei punti di Valleix ed il segno di Lasègue che è molto intenso.

Tutta la musculatura posteriore è ipotonica, il polpaccio e sopratutto i pedidi sono atrofici.

Il riflesso achilleo è spesso abolito, il peroneo-femorale conservato.

I riflessi vasomotori sono più intensi che nelle altre sciatiche.

Oltre questa forma totale ve ne possono essere altre localizzate alle varie branche.

La cura può essere varia: agenti fisici (freddo, caldo, luce, elettricità), idro- e crenoterapia (bagni solforosi, docce locali, ecc.), iniezioni locali di anestesici o di sostanze leggermente caustiche.

L'esistenza di *sciatiche mialgiche o miosciatiche* è sostenuta da vari autori (Helweg, Lindstedt, Petren, Verger, ecc.).

Il sintoma caratteristico sarebbe la dolenzia dei muscoli alla palpazione.

Il dolore spontaneo ha sede nei muscoli e nel campo di distribuzione del nervo.

La cura consiste nel massaggio inteso a fare fondere i noduli muscolari dolenti; e nell'iniezione di 3-10 cmc. di salicilato al 2-3 % nei muscoli malati.

Le *sciatiche cellulalgiche o cellulosciatiche* sono state studiate da Alquier, Forestier, Paviot e Lagèze.

La sintomatologia è molto vicina a quella della sciatica comune. Però non si hanno mai atrofie muscolari, disturbi della reflettività e della sensibilità obiettiva. Il dolore, la così detta panniculalgia, è costituita da una sensazione d'incordamento, di corazza, più intensa al risveglio. Non discende mai al disotto del ginocchio.

La palpazione fa rilevare la presenza di nodosità dolenti, alcune sottocutanee e mobili, altre fisse all'aponeurosi.

Questa infiltrazione cellulitica si verificherebbe più frequentemente in soggetti consunti da febbri prolungate o dalla tubercolosi. Per altri sarebbero di ingorghi linfatici derivanti da cause locali (disturbi dell'innervazione neuro-vegetativa, cicatrici, ecc.) o generali (insufficienza epatica, putrefazioni intestinali).

Si cura con il massaggio e la kinesiterapia.

DR.

RADIOLOGIA.

Rivista critica degli effetti dannosi delle irradiazioni (raggi X e Radium).

(HUMPHRY ROLLESTON. *The Quart. Journ. of Med.*, ott. 1930).

Nel 1896 si osservarono già congiuntiviti e radiodermiti. E successivamente si conobbero l'alopecia da raggi. Nel 1897 fu notato che i disturbi da raggi X si evitavano proteggendo l'addome col piombo. Nel 1902 fu descritto il cancro comparso su ulcerazione radiodermitica.

In seguito la letteratura sull'argomento è diventata vastissima.

Effetto stimolante delle radiazioni su tessuto normale. — Dipende dal carattere e dalla dose delle irradiazioni come pure dalla radiosensibilità cellulare. Il problema è quindi non solamente fisico, ma anche biologico. La legge di Arndt-Schultz, che le piccole dosi sono stimolanti, le medie deprimenti e le grandi distruttive, è stata criticata. Secondo alcuni quello che si è ritenuto potere stimolante è dovuto solo all'abolizione delle cause inibitrici. La radiosensibilità varia colla natura delle cellule e col loro stato di nutrizione e di attività.

Effetto stimolante delle radiazioni sui tumori maligni. — Le radiazioni a volte stimolano lo sviluppo del tumore, il che avviene, secondo Beclère, all'uso di eccessiva dose.

Lesioni del feto per irradiazioni materne. — Esponendo ai raggi X la femmina del ratto albino gravida si hanno malformazioni nei figli; ma questi risultati non furono ottenuti da tutti gli autori. I dati clinici mostrano che la irradazione nei primi mesi di gravidanza, arresta questa e uccide l'embrione, oppure dà deficienza mentale del figlio, specialmente se la irradiazione è stata fatta alla pelvi.

Radiotossiemia o malattia dei raggi X. — Si può avere nella radioterapia profonda, specialmente coll'uso dei fuochi incrociati. In alcune statistiche si ha anche nel 40 % dei casi. Può durare pochissimo. Sintomi lievi sono malessere, cefalea, senso di debolezza, anoressia, nausea, ptialismo, vomito e qualche volta brividi e febbre che compaiono subito o qualche ora dopo l'irradiazione; questi disturbi durano circa 48 ore, possono essere alleviati dalla morfina adoperata durante l'irradiazione, e sono stati paragonati al mal di mare. Le cause sono: l'aria viziata (per presenza di ozono e di acido nitroso), la carica elettrica elevata del corpo del paziente (a cui si può ovviare mettendolo in comunicazione con la terra), lo shock emoclasico da distruzione dei leucociti, e anche fattori psicologici. La cura dei casi lievi non è necessaria perchè i sintomi scompaiono spontaneamente.

Nei casi gravi si ha vomito incoercibile, a volte con sangue, diarrea sanguinolenta, dolore addominale, febbre, prostrazione, deficienza cardiaca progressiva, polso piccolo e frequente, dispnea. In questi disturbi ha notevole importanza la distruzione cellulare provocata dai raggi, per cui, secondo alcuni, si avrebbe acidosi (non confermata da tutti) e, secondo altri, alcalosi. Altri sostengono che esista una modificazione dei cloruri del sangue; per altri ancora si tratterebbe di fenomeni anafilattici.

La cura è varia, secondo le varie teorie: alcuni somministrano bicarbonato, altri cloruri, alcuni dànno colesterolo, altri ergosterolo, altri ancora l'efetonina; altri raccomandano la trasfusione sanguigna e l'uso di metalli colloidali. In tutti i casi sarà bene facilitare la diuresi.

Effetti delle irradiazioni sul sangue e sugli organi emopoietici. — Sono stati descritti casi di leucemia e di anemia aplastica in persone che adoperano i raggi X. Nei radiologi furono trovate notevoli modificazioni della formula leucocitaria. La leucopenia che segue immediatamente l'irradiazione è attribuita all'azione diretta sui leucociti, mentre quella tardiva è attribuita all'azione sugli organi emopoietici. L'anemia aplastica fu notata in casi di malati di leucemia sottoposti a irradiazioni. Furono notati casi di morte per anemia aplastica in operai addetti all'industria di sostanze luminose radioattive.

Lesioni locali croniche da irradiazioni sono le dermatiti, che possono complicarsi per ulcerazioni, i tumori maligni e modificazioni dei singoli organi interni. R. LUSENA.

Il trattamento dell'artrite con i raggi X.

(G. KAHLMETER e A. AKERLUND. *Acta medica scandinava,* suppl. XXXIV, 1930).

Effetto dei raggi X. Diminuzione del dolore spontaneo e provocato alla pressione; aumento di mobilità, non soltanto per la diminuzione del dolore, ma anche per la riduzione del gonfiore della capsula. L'effetto della diminuzione del dolore può aversi fin dai primi giorni di trattamento, ma il miglioramento reale, sia dei sintomi che dei segni, si ha, di solito, qualche settimana dopo e, secondo alcuni, anche dopo qualche mese. L'effetto è tanto più rapido quanto più il processo è del tipo infiammatorio.

Meccanismo d'azione. Non è ben chiaro. Alcuni ritengono che si tratti di pura azione locale. Altri lo considerano come un effetto chimico-fisico diretto, un aumento di jonizzazione degli elettroliti delle cellule, donde, viene facilitata l'elettro-osmosi, oppure un effetto simile a quello dei raggi ultravioletti. Altri ritengono che i tratti di puro effetto analgesico oppure di liberazione di fermenti fibrolitici, da parte dei leucociti disintegrati. Nessuna di queste teorie è sicura. Potrebbe anche trattarsi di un effetto simile a quello della terapia irritativa non specifica.

Applicazione. Di solito, si danno 2-3 serie di trattamenti ad intervalli di 1-2 mesi; per ogni serie, ad uno o più giorni di intervallo, un paio di dosi profonde, di intensità media su diverse parti dell'articolazione. Stauning usa, per ogni campo (di cm. 20 × 20) circa 45 % H.E.D., con un filtro di Zn da mm. 0,36 e di Al, da 2; distanza di 30-40 cm.

Gli Autori usano campi più piccoli, tali, per esempio, che per un ginocchio bastino 4, che si sovrappongono in parte. Per il ginocchio od il gomito, l'ampiezza del campo

è di 1/4 della circonferenza dell'articolazione; l'altezza è di 15 cm. Nella prima serie, si irradiano due campi opposti (p. es., lato interno ed esterno), per diversi giorni consecutivi; nella seconda serie, dopo 4-6 settimane d'intervallo, altri due campi (p. es., anteriore e posteriore); nella terza (che è anche l'ultima) si irradiano ancora i due campi interno ed esterno.

Su ogni campo, 25-33 % H.E.D. con filtro da mm. 0,5 di Zn e di 1 mm. di Al; 170 KV e distanza focale di 30 cm.

La spalla e l'anca vengono irradiati su 3 campi (anteriormente, dall'esterno e posteriormente); nel resto come per il ginocchio. Le piccole articolazioni della mano e del piede sono irradiate su due campi, con un filtro da 4 mm. di Al e con dosi maggiori.

Non si sono osservate alterazioni della pelle, salvo una leggera pigmentazione.

Eccellenti risultati si sono ottenuti nell'artrite gonococcica, per cui tale trattamento risulta il migliore. Buoni sono anche gli effetti nell'artrite gottosa subacuta, nell'omartrite isolata e nei casi molto comuni ed importanti dell'artrite acromio-clavicolare.

Risultati buoni e persino sorprendenti si sono avuti nell'artrite cronica, nella reumatoide e dell'osteoartropatia deformante; i pazienti se ne sono trovati molto bene ed avrebbero spesso desiderato di continuare il trattamento anche quando questo non era possibile per timore di lesioni alla pelle. *fil.*

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

La vaccinoterapia in ginecologia.

(FERRARI. *Rev. Franç. de Ginéc. et Obst.*, n. 6, giugno 1930).

La clinica ostetrica di Algeri non istituisce mai alcun trattamento terapeutico d'indole ginecologica senza eseguire un completo esame batteriologico dei secreti ginecologici.

Da questi studi protratti ormai da anni risulta che la *flora* delle metriti e metro-salpingiti è delle più abbondanti e più varie. Oltre agli ospiti abituali della vagina, *coccus bacillus vaginalis* i germi che si rinvengono sono: *staffilococco* nel 35 % delle consultanti. Esso non avrebbe che un ufficio patogeno assai secondario.

Quando venne trovato isolato non fu mai prescritta vaccinoterapia e si ebbe risultato perfetto.

Lo *streptococco* solo nel 9 % mai puro eccetto nelle forme puerperali e pare si possa dire di esso quanto si è detto per lo staffilococco.

Il *gonococco* è invece l'agente più frequente delle metriti e salpingiti. Si è trovato questo germe nel 29% dei casi, considerando positivi solo i casi intracellulari. Nel 33% si trovarono diplococchi estracellulari gramnegativi. In complesso nel 60 % (l'alta percentuale deve fare ricordare che si tratta di elementi indigeni dell'Algeria. N. d. R.).

Il *colibacillo* fu trovato nel 33% sempre in associazione.

L'enterococco nel 15 %. A lato di questi germi patogeni si sono trovati nelle perdite delle pazienti: il *proteus*, il *diplobacillo*, i *Friedlander*, dei *bacilli pseudo difterici*, i *tetrageni*, dei *bacilles cutis comunis*.

Processi di vaccinoterapia: attualmente abbiamo tre vie di scelta: 1) la vaccinazione generale per via sottocutanea; 2) la vaccinazione locale; 3) la vaccinazione regionale per la porta d'entrata del germe patogeno. Il primo metodo provoca la formazione di anticorpi; il secondo un diretto aumento di resistenza dei tessuti infetti. Il terzo non si distingue gran chè dal precedente.

Varietà dei vaccini: sono stati esperimentati vaccini molto diversi.

In vaccinoterapia generale non furono usati che stok-vaccini; per la vaccinoterapia locale applicarono dei tamponi o filacce imbevute di filtrati vaccini, o, nei casi di metrite del corpo, in istillazione nella cavità uterina (1/2-1 cm. e 1/2 di filtrato).

Scelta del metodo: quando si tratta di metriti o salpingiti da colibacilli e da enterococchi, specie nei casi di sindrome entero-genitale primitiva, si usano gli auto-vaccini. Gli stessi sono consigliabili nelle pazienti che abbiano avuto nel loro passato una endometrite puerperale, o che siano batteriologicamente infette da streptococco. Nelle forme da gocco si associano gli auto e gli stok-vaccini.

Risultati: La vaccinoterapia e particolarmente la regionale è formalmente indicata in tutte le affezioni ginecologiche.

Essa è costantemente efficace in tutti gli stati acuti recenti, che essa giustizia in un tempo relativamente corto, sopratutto quando non vi è che una metrite o una salpingite catarrale.

Nelle metro-salpingiti croniche intermezzate o non da periodi infiammativi, essa non agisce che sull'elemento flogistico, ma non ha alcuna azione sulle lesioni anatomiche, specie se antiche. In ogni modo la vaccinoterapia prepara e facilita la strada alle altre cure.

L. TONELLI.

Insorgenza e cura dell'eclampsia.

(FRANQUÉ. *Med. Klin.*, n. 19, 1930).

L'A., premesso quanto complesso e ancora oscuro sia il problema dell'eclampsia, si limita a tracciare le nuove vedute mediche che sono venute sviluppandosi sull'argomento.

Cause esterne come provocatrici dell'eclampsia sono da escludersi: le infezioni batteriche non sono state dimostrate, e alle influenze del

tempo e della stagione si può riconoscere solo il significato di « causa occasionale »; quello che occorre è lo stato anatomico-funzionale di pre-eclampsia o eclampsismo.

Ora gli uomini e le donne non incinte non ammalano mai di eclampsia: è dunque nella presenza dell'uovo fecondato, è nel turbamento del metabolismo, nello sforzo dei tessuti che noi dobbiamo ricercare la causa certa del male.

Non sembra che il feto sia in causa: esistono eclampsie senza feto, e i feti non mostrano, in casi di eclampsia, alcuna caratteristica lesione: è vero che una piccola parte delle secrezioni interne del feto passano nel circolo materno, ma si tratta di così poca cosa! E neppure la teoria di un disaccordo nei gruppi sanguigni della madre e del feto, con relativa permeabilità placentare per supposte agglutinine fetali, appare soddisfacente.

Secondo l'A. anche le alterazioni anatomopatologiche, così caratteristiche e ritenute patognomoniche della placenta, non hanno quel significato che si è voluto loro attribuire: la anatomia patologica non ci dà, così, la chiave della questione.

L'indagine istologica del fegato, dei reni e del cervello non dà, parimenti, dati che ci permettano di chiarire il problema: dominano i fatti necrotici e degenerativi riportabili a disturbi di circolo di varia durata.

Tutto fa pensare che si tratti dell'azione di sostanze tossiche e naturalmente si è veduto nella placenta l'origine naturale di queste sostanze.

Alla luce delle più moderne ricerche la placenta ha ormai assunto il significato, non di un semplice organo di filtrazione, ma di una attività vitale selettiva, che non obbedisce alle comuni leggi della fisica: la presenza di sostanze variamente concentrate nel sangue materno e fetale, i processi di distruzione e ricostruzione che le varie sostanze subiscono, ad opera dei fermenti, a livello della placenta, la attività ormonica stessa dell'organo, lo dimostrano: e si capisce facilmente allora come quando la placenta, che è polmone, rene e intestino del feto, si alteri, possano passare in circolo quelle sostanze tossiche che dànno la eclampsia. E' vero però che ricerche sperimentali in questo senso non hanno avuto ancora esito brillante.

Secondo Essen-Möller l'organismo materno sano neutralizza o elimina quei prodotti a lui nocivi che si formano nel corso dell'attivo ricambio materiale a livello della placenta; l'organismo malato non vi riesce più e le « sostanze velenose » passano in circolo; ma per quale ragione si produca questa insufficienza di difesa materna non si conosce.

E neppure una parola chiarificatrice hanno portato nel dibattito le accurate indagini dello stato biochimico del sangue nella gravidanza (aumento dei Cl joni in confronto a Na joni, diminuzione della quantità globale di albumina, della pressione osmotica, della pressione oncotica delle proteine, aumento dei polipeptidi e dei peptoni, aumento delle piastrine e del fibrinogeno, ecc.). Ad ogni modo Seitz ha dimostrato che, se anche la disintegrazione delle albumine si compie in modo particolare, pure i prodotti che ne derivano sono regolarmente eliminati e non è quindi alla loro abnorme ritenzione che può attribuirsi l'insorgenza dell'eclampsia. Lo stesso si dica per il ricambio dei grassi e degl'idrati di carbonio.

Il fegato appare profondamente alterato: la disintegrazione e la reintegrazione del glicogeno sono modificati, ed il ricambio dei grassi è gravemente danneggiato; i corpi ossibutirrici compaiono nel sangue e nelle urine, la reazione del sangue si orienta verso l'acidosi. Ma anche queste oscillazioni sono da considerarsi piuttosto come conseguenza dei gravi crampi muscolari che come causa.

L'attenzione è stata anche rivolta al sistema reticolo-endoteliale; e qui l'A. dimostra quale alta importanza debba attribuirsi al danno funzionale di una parte di questo, l'endotelio vasale la cui permeabilità appare, già nella gravidanza e più nell'eclampsia, aumentata, onde la tendenza agli edemi che è la nota fondamentale del « pre-eclampsismo »; di tale dànno l'A. crede debbano incolparsi le condizioni fisico-chimiche del sangue e dei tessuti. Secondo Zangemeister, col meccanismo dell'aumentata permeabilità, si spiegherebbero i processi degenerativi degli organi, l'edema cerebrale e l'aumento della pressione; tali vedute non sono però accettate da tutti.

Infine Hinselmann, basandosi sui reperti capillaroscopici, ha voluto mettere l'eclampsia in conto di una insufficienza del sistema circolatorio materno di fronte al sovraccarico della gravidanza, insufficienza che si svelerebbe attraverso crisi e stati permanenti di angiospasmo.

Tali sono le più moderne teorie che oggi, variamente discusse e accettate, tengono il campo.

Nella cura si ricordi che con la limitazione dell'uso di albumine e di grassi si previene il sovraccarico degli organi del ricambio, con la limitazione delle bevande si combattono gli edemi.

Comparsi gli edemi, l'albuminuria e l'ipertensione, si prescrivano riposo in letto, dieta lattea o povera di sali: rimedi più energici sono un salasso abbondante (500 cmc.) e l'uso di diuretici.

Aggravandosi la sintomatologia, si deve interrompere la gravidanza: una ipertensione, anche accentuata, non giustifica, secondo l'A., il taglio cesareo.

Se il parto è in atto, lo si affretti: ad ogni modo la donna va sempre ospitalizzata.

Se le convulsioni sono scoppiate, si aggiungeranno i narcotici: ecco lo schema di Stroganoff:

1) all'inizio: 0,015-0,02 mg. morfina;
2) dopo un'ora: 2 gr. cloralio per il retto;
3) dopo 2 ore: 0,015 mg. morfina;
4) dopo 4 ore: cloralio;
5) dopo 6 ore: morfina;
6) dopo 8 ore: cloralio.

Solo se anche con questo intervento la paziente seguita ad aggravarsi, è giustificato il taglio cesareo.

In complesso l'A. appare favorevole ad una terapia razionale di attesa. V. SERRA.

Indicazioni e tecniche della sterilizzazione della donna.

(M. MURET. *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, marzo, 1930).

I fatti che danno indicazione per la sterilizzazione della donna sono di 3 tipi: 1) indicazioni generali, in rapporto a stati patologici che possono mettere in pericolo la vita o compromettere gravemente la salute della gravida; 2) indicazioni speciali date sia da anomalie dei genitali (bacino ristretto, gravidanza extra-uterina, rottura dell'utero, operazioni ginecologiche), sia da malattie croniche di altri organi (tubercolosi, cardiopatie, affezioni renali, affezioni nervose e mentali, anemia perniciosa, osteomalacia); 3) indicazioni eugenetiche e sociali, aventi lo scopo di migliorare la razza evitando la riproduzione di esseri tarati o degenerati.

Per quanto riguarda i metodi, l'A. distingue la sterilizzazione temporanea da quella definitiva.

La prima può ottenersi con successo per mezzo dei raggi X e del radium, nonchè con procedimenti chirurgici. Più incerta appare in tal campo l'azione dei mezzi biologici (iniezione di sperma ecc.), la quale attende ulteriori conferme.

I raggi X hanno lo svantaggio di renderci incerti circa l'avvenire degli ulteriori prodotti del concepimento e sulle lesioni che possono essere apportate all'ovaio, come organo a secrezione interna. Il radium, invece, agendo solamente sulla mucosa uterina, avrà maggiori indicazioni.

La sterilizzazione definitiva può essere anche ottenuta coi raggi X e col Radium, ma la forte quantità delle dosi richieste a tale scopo ne rende pericolosa l'applicazione.

I metodi chirurgici, con le loro numerose varietà operatorie, sono qui più indicati, sebbene non assolutamente sicuri, essendosi verificate delle gravidanze addominali in seguito alle mutilazioni più complete, a causa della non eccessiva rarità delle ghiandole ovariche accessorie. M. FABERI.

LEZIONI.

Debolezza congenita.

(VELASCO BLANCO. *Maternità dell'Ospedale Ramos Mejía*, Buenos Aires).

Bisogna anzitutto fare distinzione tra il prematuro e il debole congenito. Il debole congenito è un individuo che nasce con debolezza vitale e il cui sviluppo è incompleto; il prematuro è un bambino nato prima del termine normale della gravidanza senza debolezza vitale.

Mentre la maggioranza dei deboli congeniti sono prematuri, non tutti i prematuri presentano sintomi di debolezza congenita.

Parecchie sono le cause capaci di produrre la debolezza congenita. La sifilide sembra intervenire molto frequentemente e talora anche la tubercolosi. Altre affezioni croniche come la malaria, e in genere tutte le infezioni acute, insorgenti sopra tutto negli ultimi periodi della gravidanza, possono essere causa di debolezza congenita.

Le diverse intossicazioni croniche (alcoolismo, saturnismo, cocainomania, ecc.), come pure i traumatismi durante la gravidanza, i tentativi di aborto, l'impianto anormale della placenta, ecc., possono dar luogo alla sindrome in esame.

Tra i sintomi della debolezza congenita, colpisce in primo luogo lo scarso sviluppo pondostaturale del bambino.

Marfan, basandosi sul peso, ha classificato la debolezza congenita in: 1° grado o lieve (gr. 2500-3000); 2° grado o seria (2000-2500 gr.); 3° grado o grave (meno di 2000 gr.).

Il peso non può considerarsi come unico elemento prognostico, però ha grande valore quando sono presenti gli altri sintomi.

La statura non fornisce dati tanto precisi come il peso: in genere però la debolezza congenita è mortale nel 100 % dei casi quando il bambino misura cm. 44 o meno.

Il tessuto cellulo-adiposo è scarso o assente: la pelle riposa direttamente sulla muscolatura e sul sistema osseo ed è di colore rosso intenso e quando c'è marcata difficoltà nel respiro, cianotica.

La ipotermia è caratteristica della debolezza congenita: la temperatura sotto i 32° significa quasi sempre morte. In generale però la temperatura del debole congenito oscilla tra i 35° e i 36°. Il debole congenito è un termolabile e ciò per due cause fondamentali: 1) mancanza di sviluppo dei centri nervosi termoregolatori; 2) superficie cutanea relativamente grande.

La mancanza di completo sviluppo del sistema nervoso origina stupore, debolezza della voce, lentezza e pigrizia nei movimenti. C'è tendenza alla bradicardia, i toni cardiaci sono

male timbrati e si possono trovare edemi per debolezza circolatoria.

I vasi arteriosi e venosi presentano una speciale fragilità che espone a facili emorragie nelle meningi o in altri organi.

Nei polmoni si incontrano talora vaste zone di atelettasia e broncopolmoniti terminali o polmoniti alte di natura luetica.

In alcuni di questi deboli la suzione è impossibile ed in taluni perfino la deglutizione, cosicchè si rende necessaria l'alimentazione con la sonda Nélaton.

La secchezza della mucosa boccale e i disordini alimentari facilitano lo sviluppo del mughetto: se poi si pensa alla inappetenza, ai vomiti, alla diarrea, ecc., si comprenderà facilmente che il trattamento della debolezza congenita è uno dei più ingrati e demoralizzanti della pediatria.

I testicoli sono in genere ritenuti e nelle bimbe si può osservare, come segno di immaturità, che le grandi labbra non coprono le piccole.

Il prognostico è basato su vari fattori. Importante è l'età della gravidanza: se il parto avviene prima dei 6 mesi e mezzo è impossibile che il bambino campi. Le probabilità di vitalità sono maggiori quanto più ci si avvicina al termine della gravidanza normale.

La debolezza congenita non è tanto grave quando è in rapporto con cause meccaniche, traumatiche, ecc.; più grave è invece quando è di etiologia luetica o tubercolotica.

Altro elemento prognostico importantissimo è dato dalla possibilità o meno della alimentazione materna.

Alla base del trattamento del debole congenito sta la alimentazione naturale, perchè è notevolmente diminuita la tolleranza alimentare.

Nel caso di impossibilità della deglutizione si farà uso di una sonda Nélaton, che si introdurrà facilmente nello stomaco attraverso la bocca o le narici.

Quando l'allattamento naturale non è assolutamente attuabile, si ricorrerà al babeurre o a buoni preparati di latte disseccato. Anche il latte di vacca diluito con acqua può essere adoperato.

Altra condizione fondamentale è quella di mantenere il bambino in un ambiente adatto con temperatura costante tra i 27° e i 30°. Ciò è possibile ottenere mediante incubatrici di cui esistono svariati tipi.

È necessario poi investigare la etiologia della debolezza congenita, specialmente nei riguardi della sifilide e istituire, eventualmente, una terapia adatta.

L'O., data la frequenza della sifilide nella etiologia della debolezza congenita, consiglia di somministrare lattato di mercurio per bocca in tutti quei casi nei quali la causa della debolezza stessa risulti dubbia.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. PELLEGRINI. *Cinematizzazioni. (Primo trentennio della teoria vanghettiana)*. Prefaz. di G. VANGHETTI. Un vol. di 187 pagg. con 236 figg. L. Cappelli, ed. L. 40.

Questo sguardo retrospettivo sugli sviluppi della geniale idea di Giuliano Vanghetti fino ai nostri giorni per ricchezza di notizie, ampiezza di discussione, abbondanza di particolari tecnici, numero di illustrazioni ma sopratutto per la profonda competenza dell'A. in materia, è assai più che una semplice monografia storica, quale dal Pellegrini stesso è presentata; ma costituisce una vera pietra miliare nella letteratura delle cinematizzazioni.

Degno è quindi il volume di chiudere questo terzo decennio, comprendente il periodo bellico e l'immediato dopoguerra, durante il quale al divulgarsi della concezione teorica al di qua e al di là delle Alpi, han seguìto una fioritura di studi clinico-sperimentali, un perfezionarsi e disciplinarsi di tecniche, una esperienza clinica su vasta scala.

La parte propriamente storica del volume è addensata nelle prime 50 pagine.

La seconda parte (tecnica delle cinematizzazioni) comprende una esposizione critica delle principali applicazioni di chirurgia cinematica e della loro evoluzione.

Nelle pagine che seguono (parte terza) l'A. discute il pro e il contro delle cinematizzazioni, riportando anche molti giudizi di valenti chirurghi al proposito.

Infine nell'ultima parte, una delle più interessanti, l'A. si occupa a lungo della cineprotesi, complemento necessario di ogni cineplastica, entrando spesso in dettagli costruttivi.

Questo in breve il contenuto, ma l'accenno basta a fare intendere l'importanza del libro, che comprende anche una completa bibliografia.

Il Pellegrini è un fautore convinto delle cinematizzazioni, un singolare valore acquista quindi l'affermazione con la quale egli chiude il volume riconoscendo che la discussione sulla praticità della tecnica delle cinematizzazioni è ancora aperta.

Certo, egli dice, oggi nessuno mette più in dubbio l'utilità pratica di alcune operazioni cinematiche. Ma perchè le cineplastiche meno semplici entrino nel numero delle possibilità pratiche occorre sormontare ancora molte difficoltà, che possono essere vinte solo dalla collaborazione sinergica di chirurghi, di fisiologi e di meccanici, collaborazione da realizzare in certe condizioni e in determinati ambienti.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Si deve perciò pienamente consentire col P. là dove egli chiede che i mutilati del lavoro possano beneficare del recupero funzionale conseguibile mediante cineplastica e relativa cineprotesi, incoraggiando il fiorire, nei centri traumatologici per infortunati, di reparti specializzati: il progresso industriale, la possibilità di nuove conflagrazioni rendono indispensabile una più seria preparazione in materia.

E di questa nuova era di progresso che si schiude nel campo delle cinematizzazioni resti intero il vanto alla nostra Patria; poichè da un'italica mente geniale è sorta l'idea prima, poichè in Italia la concezione teorica ha avuto le prime ardite realizzazioni; poichè i maggiori progressi tecnici furono conseguiti per opera di uno stuolo eletto di chirurghi italiani. E. VENEZIAN.

P. INGELRANS. *La sacro-coxalgie et son traitement.* Un vol. di 142 pagg. con 6 tav. Masson & C., ed. Fr. 30.

L'A., sulla base di una ricca esperienza personale, riprende lo studio clinico della tubercolosi sacro-iliaca, discutendo in particolare il problema della diagnosi e della cura.

Per quel che riguarda la sintomatologia l'A. al lume della sua esperienza, critica le descrizioni eccessivamente schematiche: in clinica prevalgono i casi frusti, atipici. È notevole che quasi mai sia presente il sintoma, ritenuto patognomonico, di Erichsen (dolore alla compressione trasversale del bacino). Aggiungi che le lesioni radiografiche compaiono tardivamente e sono per lo più di difficile interpretazione, e si comprenderà quali siano le difficoltà della diagnosi, che spesso dovrà essere solo di probabilità.

In quanto alla cura l'A. è convinto che una condotta più attiva, di quel che da i più non si usi, migliorerebbe notevolmente il prognostico; egli discute le indicazioni operatorie e la tecnica degli interventi (artrodesi extraarticolari e resezioni).

Alla chiara e completa esposizione della clinica seguono la descrizione minuta di 38 casi e una ricca bibliografia.

E' un vero peccato che il volume, sotto tanti aspetti così interessante, sia assai scarsamente illustrato. E. VENEZIAN.

KREMER W. e WIESE O. *Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke (Ihre Pathologie, Diagnostik, Therapie und Soziale Bedeutung).* Un vol. di 358 pag. con 197 fig. Springer, ed. Berlin, 1930.

In questo volume, che fa parte della collezione diretta da Brauer e Ulrici (*Die Tuberkulose und ihre Grenzgebiete*), l'argomento della tubercolosi osteo-articolare è trattato a fondo e con criteri assolutamente moderni. Il libro, avvertono gli AA., è scritto per il medico che si occupa di tubercolosi in generale; ma l'ortopedico e il chirurgo, il pratico e il pediatra lo troveranno anch'essi pieno di interesse, per ricchezza di particolari, modernità e praticità di vedute.

Specialmente estesi ed esaurienti nella parte generale i capitoli riguardanti la diagnosi e la cura. Notevole il paragrafo sull'assistenza sociale. Nella seconda parte è tratteggiata la clinica delle varie localizzazioni.

Numerose e nitide le illustrazioni: particolarmente i radiogrammi. Chiude il volume un'importante e ben ordinata bibliografia.

Purtroppo di tutto ciò che da noi si fa in questo campo, non si tiene nessun conto all'estero. Pure non mancano in Italia splendidi centri sanatoriali elioterapici per la cura della tubercolosi osteo-articolare e poichè è riconosciuto che la redenzione di questi infermi può essere efficacemente condotta solo negli istituti specializzati, sarebbe altamente desiderabile che il medico italiano potesse apprendere da un'opera italiana ciò che da noi si è fatto o si sta organizzando per la soluzione di questo importantissimo problema sociale.

E. VENEZIAN.

KARL WESSELY. *Stereoskopischer Atlas der äusseren Erkrakungen des Auges.* 1 Lief. Bild 1-10. RM 12; II Lief. Bild. 11-20. RM 12. Verl. Bergmann-München.

L'A. ha raccolto in questo Atlante le riproduzioni fotografiche delle malattie esterne dell'occhio, pubblicando una prima serie di quadri rappresentanti non solo malattie comuni, ma anche alcuni reperti rari. Si tratta di quadri stereoscopici fatti con fotografe a colori nitidissime e precise, a grandezza naturale, che, viste con un comune stereoscopio, dànno una sensazione di realtà impressionante, poichè pare di avere avanti agli occhi l'ammalato in persona. L'A. si è servito di una macchina fotografica costruita secondo un principio proprio, ed anche di una piccola Stereo-Palmos Ica per una parte delle riproduzioni. Le lastre a colori Agfa, usate a questo scopo, hanno dato ottimi risultati. Queste riproduzioni stereoscopiche a colori servono sia all'insegnante, sia allo studente: il primo le può usare per un insegnamento sistematico quando il materiale clinico non è nè adatto nè sufficiente, il secondo ha il vantaggio di avere sempre sott'occhio il quadro clinico. Tale vantaggio è anche, e principalmente, del medico pratico, che, non avendo l'opportunità di vedere malati oftalmici in quantità, può richiamare alla memoria l'aspetto clinico delle malattie che in altri tempi ha studiato e visto. Per di più dietro ogni quadro vi è il testo illustrativo della lesione in lingua tedesca, inglese e francese, che rende alla portata di tutti l'intelligibilità della spiegazione. MEZZATESTA.

Prof. Dott. PAOLO ALBANESE. *Vade-mecum odontoiatrico.* Un vol. in-16° di pag. 148, con 74 fig. Edizione Contemporanea, Arezzo, 1930. Lire 16.

È un manualetto pratico che si prefigge di volgarizzare l'odontoiatria in mezzo alla classe dei medici pratici, specialmente delle condotte rurali. Non ha certo la pretesa di formare degli specialisti, ma di dare un primo avviamento per coloro che desiderino attendere alla cura conservativa dei denti.

A. PIPERNO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 26 luglio 1930

Presiede il prof. S. BAGLIONI.

Contributo allo studio delle fisiopatologia della milza.

Dott. R. GOSIO. — L'O. si è preposto di indurre una lesione primitiva della milza di natura chimica. Egli ha praticato iniezioni intraspleniche di salicilato di sodio al 30 % ottenendo in primo tempo un aspetto pseudoangiomatoso della milza per disturbi di circolo, indi una sclerosi bulbare atrofica diffusa. Nei cani così trattati ha seguito le variazione del quadro ematico traendone osservazioni circa la funzione normale e patologica della milza, in special modo nei suoi rapporti probabili con la funzionalità del midollo osseo (inibizione ed eccitazione splenopatica).

Il ricambio basale nei cardiopatici.

Dott. V. PEZZERI. — L'O. ha studiato in 28 cardiopatici il comportamento del M. B. In 16 casi ha riscontrato un aumento del M. B. (fino 56 %).

L'aumento che non è risultato in rapporto con la diversa natura ed origine del vizio cardiaco, è stato riscontrato molto spesso in presenza di segni clinici di scompenso, non però come sintoma costante.

In tutti i casi di aumentato M. B. la riserva alcalina è risultata diminuita.

Embolia gassosa.

Dott. E. VENEZIAN. — L'O. descrive un caso tipico di E. G., osservato in una donna di 38 anni a seguito di intervento ortopedico (osteotomia sottotrocanterica) e terminata con la guarigione.

Basandosi anche sulle caratteristiche del quadro clinico presentato dalla paziente, attribuisce all'interessamento dei centri nervosi la maggiore importanza nella patogenesi della grave sindrome.

L'O. ha curato la paziente con iniezioni endovenose e sottocutanee di grandi quantità di siero fisiologico, rilevando un evidente beneficio in rapporto, apparentemente diretto, col detto provvedimento terapeutico, cui attribuisce l'esito eccezionalmente fausto.

Lo studio dei margini polmonari in espirazione forzata, come prova di elasticità.

Prof. A. OMODEI-ZORINI. — L'O. ha studiato il rapporto che intercede tra il grado di spostamento dei margini polmonari inferiori e delle cupole diaframmatiche in periodo di espirazione forzata rispetto a quello in periodo di inspirazione profonda, che chiama col nome di: indice espiratorio.

Questo indice varia col mutare del biotipo individuale e delle condizioni fisio-anatomiche e patogenetiche del polmone, diaframma ed organi addominali. L'O. ha studiato inoltre il comportamento nell'enfisema essenziale nella frenicoexeresi di sinistra per tubercolosi polmonare omolaterale.

Di un raro reperto semeiologico palpatorio in corso di di pneumotorace terapeutico, durante i bruschi movimenti del tronco; l'urto toraco-cardiopolmonare.

Dott. E. TREPICCIONI. — L'O. descrive un eccezionale fenomeno semeiologico constatato nel corso del pneumotorace sinistro: l'urto percepibile con la palpazione, del cuore e del moncone polmonare, tra loro aderenti e solidali, che, nelle brusche inclinazioni, anteriore e posteriore del tronco, oscillano sugli attacchi sospensori e vengono a colpire con violenza le pareti toraciche.

L'O. espone quali, a suo parere, sono le indicazioni che possono determinare il « fenomeno dell'urto ».

Il dott. PARODI osserva che l'urto toraco cardiopolmonare rilevato dal dott. Trepiccioni, può trovare la sua spiegazione meccanica, più che altro, nella autonomia del moncone collassato in seguito alla scomparsa ed alla notevole diminuzione del tono dei muscoli toracici e diaframmatici. In queste condizioni nessuna sorta di ventilazione persiste che sia capace di frenare i movimenti del polmone che si osserva invece esistere normalmente acuta nel pneumotorace in condizioni normali. La presenza di un versamento in quantità notevole fa scomparire il sintomo poichè in questo caso, per l'abbassamento del diaframma, che segue, si ripristina una aspirazione sul moncone polmonare, limitandone così i movimenti per cui il segno non è più palese.

La glicorachia nelle affezioni chirurgiche.

Prof. V. JURA. — L'O. riferisce il risultato di ricerche del glucosio contenuto nel liquido cefalo-rachidiano di 120 ammalati di affezioni chirurgiche le più varie. Si servì dapprima del metodo di dosaggio suggerito da Sicard, e questo si dimostrò di poco rendimento. Nella maggior parte dei casi si servì del micrometodo di Bang.

Prendendo a considerare i casi in esame sotto il punto di vista dell'età risultò che quelli con ipoglicorachia diventano sempre più rari dalla giovinezza alla media età, non verificandosi più dopo i 50 anni. In genere fino ai 40 anni prevalgono le cifre medie di tasso di glucosio presente nel L. C. R.; dai 40 in poi la glicorachia raggiunge le cifre più alte.

Secondo le varie affezioni risulta che la glicorachia aveva cifre più alte nei colelitiasici e negli erniosi, e gradualmente meno elevate nelle donne con affezioni della sfera genitale, nei malati con lesioni degli arti inferiori; di poi le cifre tendevano ad avvicinarsi al normale nelle affezioni dell'apparato digerente, eccetto le appendiciti, nelle quali, come negli urinarii, si ebbero i valori più bassi di glucosio contenuto nel liquido cefalo-rachidiano.

Nei malati portatori di tumori, così come in quelli con affezioni tubercolari chirurgiche, la glicorachia tendeva a raggiungere le cifre alte.

Lo studio della permeabilità e della resistenza capillare nelle malattie del fegato.

Dott. V. SERRA. — L'O. ricorda brevemente la facilità alle emorragie e la tendenza agli edemi che caratterizzano le affezioni del fegato; e riferisce i risultati delle ricerche sistematiche della funzionalità capillare, da lui intraprese allo scopo di vedere quanta parte doverne attribuire a questo elemento nella patogenesi dei suddescritti fenomeni.

In un'alta percentuale di casi, a 140 ha trovato un aumento della permeabilità ed una diminuzione della resistenza capillare: tali risultati coincidono con quelli di altri AA. e confermano l'importanza del danno capillare di natura probabilmente tossica.

Alterazioni morfologiche delle piastrine nella malaria.

Dott. M. TORRIOLI. — In numerosi strisci di malarici osservati, l'O. ha notato alterazioni delle piastrine sia riguardanti la forma e la grandezza, sia riguardanti il rapporto quantitativo fra cromomero e ialomero, sia l'intima struttura del cromomero.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 31 ottobre 1930.

Presidente: Prof. R. CASSANELLO.

Endotelioma periosteo della mandibola.

Prof. dott. RINALDO CASSANELLO. — L'O. a proposito di un endotelioma periosteo dell'angolo della mandibola, fa delle considerazioni isto-patologiche e cliniche che hanno un'importanza notevole nei riguardi di una precisa diagnosi differenziale di sede e di natura dai tumori endoteliali delle viciniori glandule salivari.

Contributo allo studio del tatuaggio corneale al cloruro d'oro secondo Knapp.

Prof. dott. SALVATORE DEBENEDETTI. — L'O. illustra la tecnica di Knapp e le differenze di metodo ulteriormente sperimentale. L'O. dà preferenza alla soluzione di cloruro d'oro (2 %) senza aggiunta di alcalini; limita il raschiamento al solo epitelio, adopera come riduttore l'acido tannico (5 %). Prima di applicare il riducente lascia la parte tatuata esposta alla luce ed all'aria per pochi minuti fino a lieve asciugamento. L'O. ritiene che questo sia molto favorevole per ottenere una ottima precipitazione dell'oro in seno al tessuto corneale di tono nero profondo. Per dimostrare la stabilità del tatuaggio anche a distanza di tempo presenta una signorina tatuata in un occhio per stafiloma totale già da ventidue mesi, con costante effetto cosmetico.

Particolari alterazioni ossee in un caso di neurofibromatosi diffusa.

Dott. PELLEGRINI O. (Verona). — L'O. riferisce un caso di neurofibromatosi diffusa nel quale, oltre alla classica triade sintomatologica di Landowsky, erano presenti delle particolari alterazioni scheletriche che sono state seguite, a mezzo del controllo radiografico, nella loro evoluzione per circa due anni. Queste lesioni consistevano nella presenza di una scoliosi dorsale alta di grado modico, di un abbozzo costale al posto della dodicesima costa destra, nella assenza della omologa di sinistra; ma d'interesse maggiore erano delle speciali lesioni riscontrate a livello delle metafisi femorali inferiori di quelle tibiali superiori, simmetriche, di forma ovalare, di grandezza varia e di aspetto, complessivamente, cistico.

Secondo l'O. la patogenesi di queste manifestazioni e di quelle esterne sarebbe unica e da riferirsi con tutta probabilità ad una disindrocrinia pluriglandolare.

In fine di seduta il prof. dott. RINALDO CASSANELLO commemora il socio prof. dott. GIAN CARLO CAPELLINI, morto il 24 ottobre, all'Ospedale Civile della Spezia, dove Egli dal 1914 era oculista primario. (Cfr. questo periodico, n. 46, p. 1699).

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzione renale nella chetosi diabetica.

Dagli studi di E. Moller e G. Hagerup (Supplemento XXXIV agli *Acta medica scandinava*), risulta che la capacità ureosecretoria del rene è normale nei diabetici con lieve chetonemia; nei gradi leggeri di questa, si può avere iperfunzione od ipofunzione renale leggera.

Nel coma diabetico, l'escrezione del glucosio può essere più scarsa di quanto ci si potrebbe attendere dalla concentrazione del glucosio nel sangue.

La quantità oraria di ammoniaca escreta non fornisce un'indicazione precisa sulla escrezione simultanea di corpi chetonici, ma è piuttosto in rapporto con la concentrazione totale di tali corpi nel sangue.

La concentrazione urinaria dell'ammoniaca, dell'acetone totale e dell'acido beta-ossibutirrico sono in rapporto inverso con il volume dell'urina.

La secrezione renale dell'acetone totale dipende, *grosso modo*, dalla concentrazione totale dell'acetone nel sangue.

L'escrezione renale di acido beta-ossibutirrico è relativamente maggiore con una concentrazione più alta di tale acido nel sangue.

Tali osservazioni si riferiscono a casi di chetosi diabetica senza coma o con stati leggieri di coma.

Risulta, in complesso, che l'incapacità del rene ad eliminare i corpi chetonici non può essere considerata come un fattore per il coma diabetico tipico.

fil.

La composizione dei calcoli urinari.

C. Newcomb e S. Ranganathan (*Indian Journ. med. res.*, aprile 1930) hanno studiato la composizione di 226 calcoli urinari, dei quali, 221 vescicali e 5 renali.

La composizione media dei calcoli vescicali è la seguente:

Ossalato di calcio	24,9
Fosfato di calcio	7,4
Fosfato ammonio-magnesiaco	6,9
Proteina	6,2
Acido urico	49,7
Altre sostanze	4,9
	100,0

I calcoli vescicali mostrano una grande differenza di composizione: la maggior parte consta di una mescolanza, generalmente di urati od acido urico e di ossalati. Nell'84,6 % dei calcoli vi erano urati od acido urico. Fra i calcoli formati da una sola sostanza, quelli di acido urico erano i più frequenti (6,8 % di tutti i calcoli).

Quando si consideri il costituente principale dei calcoli, quelli di urati sono i più frequenti (53 %); vengono in seguito gli ossalati (17 %) ed i fosfati (12 %). Il rimanente è dato da calcoli senza un costituente preponderante.

I 5 calcoli renali erano di ossalati.

La determinazione della natura di un calcolo in base al solo aspetto è tutt'altro che sicura.

fil.

SEMEIOTICA.

L'ascoltazione delle arterie del collo.

Spesso l'ascoltazione delle arterie del collo non aggiunge nulla ai dati forniti dall'ascoltazione del cuore e dell'aorta; esistono però dei casi in cui detta ascoltazione fornisce dei dati di grande interesse, utilizzabili per la diagnosi.

A. Landau e J. Held (*Arch. des maladies du coeur*, agosto 1930) richiamano l'attenzione sulla importanza dell'ascoltazione delle arterie del collo nello studio delle affezioni della porzione sopravalvolare dell'aorta, affezioni di origine ateromatosa in soggetti in età avanzata o di ordine infiammatorio, sopratutto sifilitiche.

Vi sono dei casi di ateroma aortico senile in cui l'ascoltazione del focolaio aortico non ci illumina sullo stato reale dell'aorta. Si tratta sempre di ateroma senile dell'aorta, in cui la cattiva conducibilità toracica, dovuta per lo più all'enfisema, fa sì che l'ascoltazione della aorta nel secondo spazio destro e nel manubrio dello sterno metta in evidenza solo dei rumori sordi. Solo l'ascoltazione delle arterie del collo rivela l'esistenza dell'ateroma aortico, dimostrando un primo tono poco netto ed un secondo accentuato, spesso squillante.

Nelle alterazioni sifilitiche della porzione sopravalvolare dell'aorta non avviene mai che i segni ascoltatori manchino sulla parete toracica. Ma gli AA. hanno osservato un segno molto prezioso. Ascoltando successivamente in questi ammalati le 4 arterie del collo, le due carotidi e le due succlavie, gli AA. hanno trovato due gruppi di casi:

a) in un gruppo più numeroso il rapporto di intensità dei rumori trasmessi nelle arterie del collo è normale, cioè i rumori diminuiscono di intensità da destra a sinistra, più intensi alla carotide destra, meno percepibili alla succlavia sinistra;

b) in un secondo gruppo di aortiti sifilitiche, meno numeroso, si constata un fenomeno paradosso, inverso dei fatti abituali, cioè i sintomi morbosi, specialmente il soffio arte-

rioso sistolico, si ascoltano meglio sulle arterie sinistre del collo e sopratutto sulla succlava sinistra.

L'accentuazione del soffio si produce anche sulla carotide sinistra rispetto alla carotide destra, ma più spesso l'inversione di intensità del soffio si dimostra esclusivamente sulla succlavia sinistra. Ora, risulta da osservazioni fatte da lunghi anni da uno degli AA., che questo fenomeno si osserva esclusivamente nell'aortite sifilitica, mentre non appare mai nell'ateroma senile. Gli AA. credono quindi di poter affermare che questo segno costituisce una prova certa dell'origine sifilitica di un'affezione aortica. Come specificità esso non sarebbe meno importante del segno di Argyl-Robertson, dell'abolizione dei riflessi rotulei e della Wassermann positiva. Questo segno potrebbe essere chiamato « segno dell'arteria succlavia sinistra ». Come tutti gli altri sintomi di ordine sifilitico, può essere positivo o negativo nell'aortite.

Quanto alla interpetrazione del segno, la palpazione delle radiali e la misura comparativa della tensione hanno messo in evidenza, in alcuni di questi soggetti, una diminuzione della forza delle pulsazioni del lato sinistro; in altri malati però i valori sono uguali. Se dunque, nel primo caso, si può pensare ad un restringimento dell'orificio della succlavia sinistra, è difficile sostenere questa opinione nel secondo caso; bisogna comunque pensare ad un processo infiammatorio sifilitico localizzato in vicinanza dell'origine della succlavia.

TOSCANO.

Determinazione dei limiti della gangrena ischemica degli arti inferiori con la termometria cutanea.

I mezzi volti a stabilire i limiti esatti della gangrena ischemica hanno una enorme importanza pratica, ma purtroppo non sono molto sicuri. Antonioli (*Minerva Medica*, vol. II, n. 33, agosto 1929) asserisce che la demarcazione tra zona sana e gangrenosa è data da una striscia di ipertermia anulare che indica la reazione infiammatoria dei tessuti intatti a contatto dei tessuti ischemici in via di necrosi: l'A. indica ciò « indice di ipertermia cutanea ». Questa striscia, ove si avrebbe talora un dislivello termico di 3°, è costante. È più intensa nelle cangrene acute (emboliche), che nelle lente (per arterosclerosi o arterite trombosante). La ricerca di questo segno va però controllata per vari giorni ed a più riprese. Questo metodo pare dare dei risultati più esatti degli altri finora usati; naturalmente si deve sempre essere prudenti nella valutazione del fenomeno, poichè non ci si deve dimenticare che esistono delle trombosi ascendenti e progressive.

L. TONELLI.

CASISTICA.

Osservazioni sulla colecistite cronica.

Jones e Palmer (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, ott. 1930) hanno studiato radiologicamente i disturbi motori del tratto gastrointestinale nella colecistite cronica, e l'Adams ha collaborato con loro con ricerche chimiche. I casi studiati furono 182, tutti operati, e furono tenuti in considerazione 666 casi nei riguardi delle condizioni post-operatorie. In nessun caso ci fu colecistite suppurata nè cancro delle vie biliari. L'uso della tetraiodofenolftaleina mentre mostra l'ostruzione del dotto cistico e spesso mette in evidenza calcoli di colesterina e irregolarità del contorno della cistifellea non può dimostrare le alterazioni della parete della cistifellea stessa. Gli AA. hanno trovato che è utile associare lo studio radiologico della cistifellea mediante la tecnica della tetraiodofenolftaleina con quello vecchio della radiografia della cistifellea senza l'uso di sostanze chimiche, ma colla sola pulizia precedente del tubo digerente e confrontare i risultati dei due metodi. Il non riempimento della cistifellea con la sostanza colorante può essere dovuta tanto a mancato assorbimento del colore quanto a malattia delle vie biliari ed il metodo dell'iniezione endovenosa è preferibile perchè elimina questa eventuale alterazione dell'assorbimento intestinale. Però col metodo del colorante, sia per bocca che per le vene, si può avere un quadro normale di cistifellee malate.

Paragonando l'intensità dell'ombra radiologica e il reperto operatorio si vide che la densità dell'ombra era minore in casi in cui la parete della cistifellea era molto spessa e la bile molto viscida, mentre l'ombra appariva molto più densa in casi con vescica biliare con parete sottile.

Quasi nel 100 % dei malati di colecistite cronica c'è un disturbo del tratto gastrointestinale. La modificazione più frequente è lo spasmo dell'antro gastrico, del bulbo e del duodeno. Meno frequenti sono le deformità di queste stesse regioni e meno frequente ancora l'inversione della peristalsi. Solo nel 66,6 % dei casi in cui il chirurgo trovò dei calcoli questi erano stati riscontrati radiologicamente. Per quanto riguarda la diagnosi di colecistite la diagnosi radiologica fu precisa nel 97,1 % dei casi.

Dall'esame chimico fatto dall'Adams risultò che l'immagine radiologica della cistifellea appariva più densa quanto maggiore era il contenuto in calcio della cistifellea e modificazioni della densità dell'immagine furono ottenute sperimentalmente facendo variare il contenuto in calcio.

Per distinguere i casi che devono essere sottoposti a operazione bisogna cominciare colla cura medica per qualche settimana; se da que-

sta non si ha nessun miglioramento si ricorrerà al chirurgo anche se la persistenza dei sintomi riguarda soltanto i disturbi motori del tratto gastrointestinale. I disturbi possono permanere anche dopo l'operazione per un tempo più o meno lungo. In alcuni casi la persistenza di aderenze giustifica la persistenza della sintomatologia dopo l'operazione.

R. Lusena.

Ricerche sull'infezione delle vie biliari da parte delle lamblie.

La presenza di forme vegetative di *Giardia* (*Lamblia*) *intestinalis* nella vescicola biliare asportata chirurgicamente, constatata in 3 casi umani, dimostra la possibilità della invasione delle vie biliari da parte delle lamblie. La constatazione frequente di questi parassiti nella bile raccolta per sondaggio duodenale dopo iniezione duodenale di solfato di magnesio o dopo iniezione ipodermica di lobo posteriore di ipofisi, costituisce un segno di probabilità di infezione delle vie biliari, ma non un segno di certezza, poichè il liquido biliare, prima di raggiungere la sonda si mescola con il liquido duodenale in cui le lamblie possono pullulare. Il ruolo patogeno della *Giardia intestinalis* nei malati di angiocolite, di colecistite o di altre affezioni della « sfera epatica » è possibile ma non è dimostrato.

Solo la constatazione di forme vegetative di lamblie nella vescicola biliare asportata chirurgicamente, permette di affermare l'invasione delle vie biliari da parte di questi parassiti. Ora, di fronte ai 3 casi positivi prima accennati, ne esistono nella letteratura 9 negativi in malati che presentavano una infezione intestinale da lamblie.

Deschiens (*Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutr.*, ott. 1930) allo scopo di portare un contributo alla frequenza comparata dell'infezione intestinale e delle vie biliari da parte delle lamblie, ha sacrificato 12 topi nei quali l'esame delle feci indicava una infezione intensa e vecchia da *Giardia muris*, ed ha ricercato la presenza del parassita nelle vie biliari. Dopo essersi assicurato che nè la disposizione anatomica nè il diametro interno delle vie biliari si opponevano alla invasione da parte delle lamblie, l'A. ha potuto constatare che in nessuno degli animali esaminati le lamblie erano presenti nelle vie biliari. Tenendo dunque anche conto di ciò che è stato osservato nell'uomo, si può concludere che l'infezione intestinale da parte delle lamblie è abituale mentre l'infezione delle vie biliari appare rara o eccezionale.

Toscano.

La intossicazione da tetrajodofenolftaleina.

La tetrajodofenolftaleina è usata, per l'esplorazione della cistifellea, in due modi: 1) per via orale, in capsule; in tal caso essa provoca soltanto raramente delle diarree ed ancor più raramente il vomito; in casi di litiasi dolorosa, può dare delle coliche epatiche violente. 2) Per via endovenosa, si possono avere dei gravi pericoli su cui riferiscono Bruce, M. Dick e V. Vallace (rif. in *Journal des praticiens*, 28 agosto 1930).

In un uomo di 40 anni in cui si presumeva la litiasi delle vie biliari ed in cui non si aveva ittero, si ebbero, 3 ore circa dopo l'iniezione di g. 5,5 in 40 cmc. di acqua distillata, dolori, vomiti, alterazione grave dello stato generale. Il giorno seguente, operazione, alla quale si trova pancreatite emorragica grave con steatonecrosi. La cistifellea ed il coledoco contenevano dei calcoli. Morte.

In una donna di 50 anni presunta affetta da colecistite calcolosa, iniezione di g. 3,5 in 50 cmc. di acqua. Nella notte, dolori addominali, cefalea, brividi; l'indomani, ittero che dura due giorni. Sulle radiografie, la cistifellea non è visibile. L'operazione mostra una cistifellea piena di calcoli, che viene asportata. Guarigione.

Anche l'ingestione può essere in qualche caso, nociva, come dimostra un caso degli stessi autori, in una ragazza di 20 anni presunta affetta da colecistite calcolosa. Ittero da 6 giorni. Ingestione di 10 capsule da 1/2 grammo. Dopo 12 ore, vomiti, incontinenza d'urina, crisi convulsive, coma. La morte si ebbe 30 ore dopo la somministrazione. All'autopsia, atrofia gialla acuta del fegato, non litiasi delle vie biliari, reni di apparenza normale, ma con larghe aree di emorragia all'esame microscopico.

Da questi fatti, bisogna trarre la conclusione che *non si deve ricorrere a questo metodo negli itteri o nelle epatiti evolutive*, parenchimatose o sclerose, nelle quali condizioni non si ha l'eliminazione della tetrajodo. Il metodo va usato soltanto negli individui senza ittero nè cirrosi, altrimenti può diventare pericoloso.

fil.

TERAPIA.

Il tessuto di stomaco nell'anemia perniciosa.

È stato introdotto praticamente in terapia da Milton Conner. Si applica dapprima una legatura in corrispondenza del piloro, poi si apre il viscere e si asporta rapidamente il contenuto con una corrente di acqua fredda. Prima dell'uso, lo si lava nuovamente con acqua fredda e poi con acqua bollente allo scopo di distruggere i germi che si possono trovare alla superficie. Lo si trita, passando poi il materiale attraverso uno staccio a fori molto piccoli; se ne somministrano circa 220 grammi al giorno, con succo di pomodoro, d'arancia, ecc.

La durata della cura ha variato da una diecina di giorni ad un massimo di 39. L'aumento settimanale medio delle emazie è stato cal-

colato di 300.000. Si trattava, in genere, di malati di età piuttosto avanzata (da 51 a 73 anni); tre di essi erano affetti anche da malattie dell'apparato urinario o del fegato (calcolosi).

In tutti i casi si ebbe miglioramento delle condizioni subbiettive; nei casi in cui era assente l'acido cloridrico dal succo gastrico, rimase l'acloridria. In nessun caso venne somministrato l'acido cloridrico.

Il rimedio venne anche applicato in Europa, a quanto riferisce A. Clerici (*Gazz. osped. e clin.*, 19 ottobre 1930) e vennero anche allestiti dei preparati secchi con i quali si ebbero buoni risultati anche in casi che erano rimasti refrattari alla cura con tessuto di fegato.

La sostanza attiva sarebbe un peptide.

fil.

Il glucosio nel trattamento del tetano.

In due casi di tetano, Garofeanu (*Arch. méd. belges*, luglio 1930) ha usato, con la sieroterapia antitetanica, le iniezioni endovenose di siero glucosato al 20 %, alla dose di 200 cmc. al giorno. In uno dei casi, il siero antitetanico era stato introdotto per via endorachidea a dosi piccole (60 cmc. in tutto), eppure si vide la febbre cadere, la rigidità muscolare diminuire, migliorare lo stato generale, sicchè il malato, in 29 giorni lasciò l'ospedale guarito. Nell'altro caso, la quantità di siero antitetanico introdotto era stata maggiore; il malato guarì in una trentina di giorni.

Con questo trattamento, il primo sintoma che si vede migliorare è la contrattura, segue la diminuzione della febbre.

Anche *in vitro*, il glucosio esercita, in date proporzioni, un'azione neutralizzatrice sulla tossina tetanica.

Come rimedio coadiuvante, il glucosio risulta quindi consigliabile nel trattamento del tetano.

fil.

Il drenaggio osmotico.

Il drenaggio osmotico, proposto nel 1923 da E. Doumer, è basato sui fenomeni osmotici, e si giova delle correnti acquose che si stabiliscono tra due mezzi a diversa concentrazione. Questa corrente acquosa lava dunque le membrane, e per un'azione meccanica trasporta le sostanze colloidali che vi si trovano sospese. Doumer ha usato questo lavaggio *a retro* ugualmente attivo che quello superficiale per curare le mucose malate. Basta a tal uopo applicare sulla mucosa infetta un impacco d'una soluzione molto concentrata rispetto al mezzo interno, per modo che si stabilisca il fenomeno osmotico, mercè una corrente d'acqua che dal mezzo interno si dirige alla soluzione ipertonica usata.

Bonnefon ha usato lo stesso metodo per curare le affezioni oculari da iprite, durante la guerra; i primi esperimenti infatti furono applicati in terapia oculare: nelle congiuntiviti catarrali e nella blefarite marginale: i risultati ottenuti sono incoraggianti. La soluzione usata è quella di saccarosio al 50 %, sterilizzata con l'ebullizione prima di ogni applicazione, per la facile fermentazione della soluzione. Si può anche usare la glucoflavina, pura o diluita in acqua bollita. Si usa per istillazione, o per impacchi locali, due al giorno, della durata di 1-2 minuti.

Il drenaggio osmotico può essere usato in malattie infiammatorie di altre mucose; buoni risultati si sono avuti in casi di ozena, nelle riniti, e in casi di otorree ribelli.

Questi risultati ne suggeriscono l'uso in molte altre affezioni delle mucose, non esclusa quella uretrale.

(J. Swyngedauw. *Gaz. d'Hôp.*, n. 61, luglio 1930). L. CARUSI.

Il danno delle eccessive cure nei bambini.

L. V. Sent (*Münch. med. Wochens.*, 1930, n. 31) ha osservato che, mentre i bambini delle classi proletarie superano spesso abbastanza facilmente la malattia, pure trovandosi in condizioni di vita sfavorevoli e con un'assistenza scarsa, nei bambini delle classi superiori, pur con migliore stato generale e con un'assistenza molto accurata, la convalescenza decorre spesso molto a lungo.

La causa di questa apparente contraddizione si trova nella facile esauribilità e nella scarsa elasticità e forza di tensione di questi bambini troppo curati. Anche nei bambini troppo vezzeggiati e psicoastenici, gli stimoli funzionali (alzarsi presto, passeggiate quando il tempo è buono) hanno un'azione assai più favorevole che l'assistenza più scrupolosa, in quanto che, già in questa età si possono sviluppare sensazioni egocentriche ed egoistiche. *fil.*

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La difesa contro le malattie infettive nelle scuole.

Le *scuole* possono assumere una notevole importanza nella *diffusione delle malattie infettive*, sia perchè, come in ogni collettività, il contagio è favorito dalla convivenza di numerosi individui, di provenienza diversa, nello stesso ambiente per molte ore del giorno, e dagli inevitabili contatti che tale convivenza porta seco; sia per la speciale costituzione della collettività, formata da organismi giovani e particolarmente recettivi a svariati agenti patogeni. Si aggiunga che lo stesso lavoro scolastico, a causa delle attitudini fisiche e degli sforzi mentali, a cui sottopone il fanciullo, e l'ambiente, non sempre igienicamente perfetto, possono portare ad un abbassamento dei poteri naturali di difesa verso le cause morbose.

A ragione perciò il legislatore si è preoccu-

pato di disciplinare la *vigilanza sanitaria nelle scuole*, in rapporto alle malattie infettive. Il regolamento sanitario del 1901 (art. 143-145) contiene infatti alcune disposizioni generali sulle disinfezioni delle scuole, sull'allontanamento delle persone affette da malattie trasmissibili, sulla chiusura delle scuole a seguito di manifestazioni epidemiche, sulla vigilanza sanitaria scolastica, ecc. Successivamente furono emanate alcune norme ministeriali (23 ottobre 1903), ed infine uno speciale *regolamento per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole* (R. decreto 9 ottobre 1921 n. 1981), ha riunito e completato tutte le precedenti disposizioni e costituisce oggi il testo che, in questa materia, deve servire di guida agli ufficiali sanitari.

Agli effetti scolastici il regolamento considera come *malattie infettive* tutte quelle riportate nel decreto ministeriale 15 ottobre 1923 ed inoltre: l'erisipela, la tubercolosi cutanea ulcerosa e quella ossea e ghiandolare con seni fistolosi aperti all'esterno, le congiuntiviti contagiose in genere (cong. blenorragica, catarro cong. acuto e catarro cong. subacuto o congiuntivite angolare), gli stati impetiginoidi della cute, la pediculosi, ed eventualmente altre malattie diffusive indicate dall'autorità sanitaria con apposita ordinanza. Per le *malattie infettive acute* (lettera *a* dell'art. 1 del D. M. 15 ottobre 1923) è prescritto l'*allontanamento dalla scuola* del malato per tutto il periodo di durata del contagio; saranno pure allontanate le persone che abbiano avuto contatto con malati di questa categoria, quando l'ufficiale sanitario ritenga che possano costituire veicolo di contagio.

Per le altre forme (tubercolosi non polmonare, tracoma, congiuntiviti, forme parassitarie cutanee, manifestazioni contagiose della sifilide) è ammessa la *frequenza della scuola* prima della guarigione, su parere dell'ufficiale sanitario e tenendo conto anche delle condizioni igieniche e dell'affollamento della scuola o della classe, quando la malattia sia in fase risolutiva, non segregante e le parti ammalate siano protette in modo da garantire ogni possibilità di diffusione del contagio. Su tali infermi dovrà esercitarsi la necessaria vigilanza per accertare il mantenimento delle suddette condizioni. Se gli scolari affetti da queste forme morbose sono numerosi è opportuno riunirli in classi o scuole speciali (scuole per tracomatosi, scuole all'aperto, ecc.).

Gli infermi di *tubercolosi polmonare* con tosse ed espettorato non possono frequentare la scuola.

Nella *denuncia di malattie infettive* i medici debbono indicare se l'ammalato frequenta la scuola e quale; l'ufficiale sanitario, per ogni denuncia che riceve, accerterà i rapporti colla scuola del malato o dei conviventi, per i provvedimenti del caso.

In tempo di epidemia, o di minaccia di essa, l'autorità comunale potrà prescrivere che dalle scuole vengano segnalati all'ufficiale sanitario gli alunni assenti, per opportuno controllo.

Nei riguardi della *profilassi del vaiuolo* è fatto obbligo, ai dirigenti le scuole pubbliche e private e gl'istituti d'istruzione, di non ammettere alla scuola o agli esami chi non presenta il certificato legale di subìta vaccinazione, se inferiore a 10 anni di età, e di rivaccinazione (obbligatoria all'ottavo anno) se superiore a tale età. Spetta all'ufficiale sanitario vigilare sull'esecuzione di questa norma. Se vi è epidemia può essere ordinata la rivaccinazione di tutte le persone frequentanti la scuola, tranne quelle che hanno sofferto il vaiuolo o subìto la vaccinazione con esito positivo nell'ultimo triennio.

La *riammissione alle scuole*, per i conviventi con infermi di malattie infettive, è permessa dopo trascorso un periodo di tempo corrispondente alla durata media dell'incubazione della malattia, quando l'isolamento dell'infermo e le altre misure profilattiche siano sufficienti ad impedire la diffusione del contagio; in caso diverso il periodo suddetto decorre dalla guarigione o dal decesso dell'infermo, e dall'attuazione delle disinfezioni. I guariti sono riammessi quando l'ufficiale sanitario si sia assicurato dell'esecuzione delle misure di profilassi e ritenga cessato il pericolo di diffusione della malattia. Il parere dell'ufficiale sanitario può essere apposto anche sul certificato del medico curante. Per alcune infezioni (difterite, febbre tifoide, ecc.) l'ufficiale sanitario terrà presente anche la possibilità che esistano portatori di germi (portatori guariti e portatori sani) e, nel caso, potrà suffragare il proprio giudizio con accertamenti batteriologici da eseguirsi presso i laboratori provinciali d'igiene.

Chiusura delle scuole. Quando vengano accertati in breve periodo di tempo ripetuti casi di una malattia infettiva acuta, fra le persone che frequentano una classe od una scuola, l'ufficiale sanitario intensificherà la vigilanza scolastica, anche con visite mediche giornaliere, e, continuando i casi di malattia, *potrà far chiudere temporaneamente la classe o la scuola.* Durante la chiusura si eseguiranno le operazioni di disinfezione degli ambienti scolastici. La data di riapertura sarà stabilita dopo avvenute le disinfezioni ed in relazione alla durata media dell'incubazione della malattia.

Indipendentemente dalla manifestazione di forme infettive nella popolazione scolastica, quando una malattia infettiva acuta assume grave diffusione epidemica nel Comune, l'ufficiale sanitario deve ugualmente intensificare la vigilanza scolastica e può far proporre, dal Podestà, al Prefetto ed al Provveditore agli Studi, la chiusura di tutte le scuole. In circostanze di particolare urgenza la chiusura può esser disposta anche direttamente dal Podestà,

salvo a riferirne alle autorità sopraricordate. Una recente circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale ai RR. Provveditori agli Studi (18 dic. 1929 n. 6801) ha ribadito il concetto che in nessun caso l'autorità scolastica può disconoscere la competenza in materia dell'autorità sanitaria comunale e può rifiutarsi di dare esecuzione ad un'ordinanza del Podestà concernente la chiusura di una scuola per ragioni sanitarie.

Per ciò che riguarda la *vigilanza igienica sulle scuole* in genere, è da ricordare che il regolamento prescrive la visita dell'ufficiale sanitario, o di un medico a ciò delegato, a tutte le scuole pubbliche o private all'apertura dell'anno scolastico e, durante questo, almeno una volta al mese. La visita va estesa a tutte le persone frequentanti la scuola. Alla vigilanza sanitaria deve concorrere anche il personale scolastico dirigente ed insegnante, segnalando prontamente all'ufficiale sanitario, qualunque manifestazione sospetta nello stato di salute degli scolari, e dando esatta esecuzione agli ordini da esso impartiti.

Tutti gli istituti devono essere ripuliti a fondo, ed eventualmente disinfettati, almeno una volta l'anno, sotto il controllo dell'ufficiale sanitario, ed ogni volta che sarà ordinato dall'autorità sanitaria.

Ricordiamo infine che una circolare ministeriale (9 gennaio 1929) prescrive che tutti gli istituti di educazione e di beneficienza debbono avere un medico responsabile dei servizi sanitari e profilattici. A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. S. da N.:

Consulti: Cignozzi: *Il trattamento curativo delle lesioni settiche*. Ed. Cappelli. F.

Al dott. A. P. da L.:

Sui gruppi sanguigni veda: L. Lattes. *L'individualité du sang en biologie, en clinique et en médecine légale.* Masson ed. Parigi, 1929. V. M. Palmieri. *Le nostre conoscenze sui gruppi sanguigni*. Ed. dalla Rassegna internaz. di Clinica e Terapia, Napoli.

Sulle radiazioni mitogenetiche, veda l'allegato al n. 9 (1930) degli *Annali d'ig.*, dove si trova un'ottima rivista sintetica accompagnata da indicazioni bibliografiche. Potrà trovare indicazioni sull'argomento anche in: N. Brunori: *La medicina e la teoria elettronica della materia.* Istituto editoriale scientifico, Milano.

fil.

L'autosieroterapia con siero da vescicante nei tossicomani. — Al dott. P. Mancini da Pola:

Il metodo di Modinos, riferito all'Accademia Medica di Roma consiste nell'applicare un cerotto vescicatorio da 6-8 cmq.; dalla flittena prodottasi si ritira il siero che si è raccolto in quantità di circa 8-12 grammi e lo si inietta sotto la pelle. Nei casi riportati dall'A., dopo 2-4 iniezioni, fatte giornalmente, o dopo 2-3 giorni i pazienti non sentivano più il bisogno della droga a cui erano abituati ed uscivano, guariti, dall'ospedale. In un caso, nel quale si avevano tracce di albumina nelle urine, allo scopo di evitare l'azione dannosa della cantaride sui reni, l'A. ricorse anche alla iniezione del sangue della paziente, ottenendone gli stessi risultati. Con tale metodo si avrebbe il vantaggio della rapidità e dell'assenza del periodo di svezzamento.

fil.

VARIA.

Tabacco e salute.

H. S. Diehl (*Minnesota Medicine*, luglio 1929) riporta alcuni dati sullo stato di salute dei fumatori, desunti dall'esame fisico comparativo di due gruppi di studenti universitari: un gruppo di fumatori e uno di astemi del fumo, questi ultimi più giovani degli altri di pochi mesi. L'A. non ha notato differenze sensibili nei due gruppi riguardo ai valori medi della statura e del peso dei soggetti, della capacità vitale, della pressione arteriosa e dell'indice sfigmografico; nettamente inferiore fu trovato il valore medio dell'attività cardiovascolare presso i fumatori. Non si riscontrarono differenze sensibili nei due gruppi riguardo alla frequenza dei difetti fisici e delle anormalità più comuni, quali l'adenoidismo, le malattie dentarie, ecc. I risultati, in complesso scarsi dell'investigazione, riescono poco convincenti, tanto più che le ricerche furono condotte su giovani studenti, mentre è molto verosimile che gli effetti dannosi dell'intossicazione tabagica si appalesino con disturbi sopratutto nell'età avanzata. Inoltre non sono state fatte indagini fini per studiare le funzioni più delicate dell'organismo, e si è tralasciato di fare esami comparativi delle funzioni psichiche dei fumatori e dei non fumatori. Queste, sommariamente, le critiche mosse al Diehl sul periodico *American Medecine* (dic. 1929, pag. 822).

Effetti del fulmine.

L'*American Medicine* (luglio 1930) riferisce il seguente caso occorso nel Missouri: un individuo dormiva tenendo la finestra aperta ed il capo appoggiato presso la finestra. Scatenatosi un temporale, egli venne colpito da un fulmine, che non lo uccise, ma gli asportò completamente i capelli e lo lasciò freddo per qualche tempo. Non pare che si siano avuti altri effetti consecutivi spiacevoli.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

L'attività della sanità pubblica in Italia.

Troviamo fedelmente rispecchiata, in due volumi testè pubblicati (1), la vasta e fattiva opera compiuta dalla Sanità pubblica dal luglio 1927 al dicembre 1928, per la tutela sanitaria ed il miglioramento delle condizioni igieniche del Paese.

La spesa complessiva dei servizi sanitari a carico dello Stato, delle Provincie e dei Comuni sorpassa l'ingente cifra di un miliardo di lire, di cui però solo 42 milioni circa a carico dello Stato.

L'attività dei laboratori scientifici di batteriologia e di chimica è dimostrata, oltre che da perizie, pareri, proposte e numerose analisi, da importanti lavori e studi eseguiti, fra cui quelli riguardanti la peste, il carbonchio, le ricerche sulle sostanze coloranti del catrame che possono considerarsi innocue ed altri molti. Segnaliamo, per l'importanza pratica che può avere, lo studio sulle soluzioni di sali di chinina in soluzioni di etiluretano; l'uso di questo dà talvolta in pratica degli inconvenienti abbastanza gravi che il laboratorio dimostrò dovuti alla formazione di un isomero tossico, la chinotossina, e diede quindi delle norme per evitare l'inconveniente.

Nei riguardi internazionali, la collaborazione sempre più stretta con i due maggiori esponenti sanitari internazionali, l'Ufficio internazionale di Igiene pubblica di Parigi e la Sezione di Igiene della Società delle Nazioni a Ginevra, si è addimostrata feconda di notevoli vantaggi, che vengono messi in luce dalla relazione. Ricordiamo, fra l'altro, il viaggio di studio dei sanitari esteri in Italia nel 1928, organizzato dalla Società delle Nazioni e dalla Direzione Generale di Sanità pubblica e che diede campo ai detti sanitari di rendersi conto della attività igienica e dei progressi conseguiti in questo campo dal nostro Paese.

Seguono, nella relazione, le notizie sullo stato sanitario all'estero, sul movimento demografico in Italia e sulle condizioni sanitarie nei riguardi delle malattie infettive in Italia nel 1927-28. I numerosi provvedimenti adottati durante questi ultimi tempi dimostrano la precisa e larga comprensione dei problemi igienici dell'ora attuale e la ferma volontà di adottare delle misure che, senza essere in alcun modo vessatorie, mirino dirittamente allo scopo. Basti citare, a tale proposito, i provvedimenti contro la tifoide (studio di epidemie, legge sulla vaccinazione antitifica, sulla lotta contro le mosche), la tubercolosi (legge sull'assicurazione contro tale malattia, organizzazione della VI Conferenza contro la tubercolosi tenutasi in Roma nel 1928), il cancro, la malaria, le malattie veneree, il tracoma, ecc. per comprendere quale intenso ed utile lavoro sia stato compiuto in questo campo. Alcune sezioni della relazione, come quelle relative alle malattie veneree, al tracoma, alla malaria e alla tifoide, sono veramente pregevolissime e meritano di richiamare l'attenzione degli studiosi.

Altre attività sono state rivolte alle professioni sanitarie (legge e regolamento sulle professioni sanitarie ausiliarie, tanto utile per combattere il ciarlatanismo invadente), al servizio farmaceutico ed a numerose opere igieniche.

Interessante è la parte dedicata al servizio veterinario. Oltre a notizie sullo stato sanitario del bestiame, vi troviamo trattate le importanti questioni dei macelli e frigoriferi (con la pubblicazione del regolamento sulla vigilanza sanitaria delle carni) e del latte, per il quale è stato pubblicato il regolamento sulla vigilanza.

Il secondo volume comprende tutti i decreti, le leggi, le circolari riguardanti la sanità pubblica e costituisce un vero *Corpus* di tutte le disposizioni emanate in proposito anche da altri Ministeri, indispensabile per chiunque si occupi di ordinamenti igienici e sanitari. *fil.*

(1) *Relazione al Consiglio Superiore di Sanità*, intorno agli atti compiuti dall'Amministrazione della Sanità Pubblica dal 1° luglio 1927-V, al 31 dicembre 1928-VII. Due voll. in-4°, di pagg. 231 e 533. Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1930.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alia (*Palermo*). — Scad. 20 feb.; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., addizion. L. 3 oltre i 1000 iscritti; età lim. 23-35 a.; tassa L. 50.

Avellino. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per sei Consorzi; L. 6500 ciascuno, oltre L. 3000 cavalc ; età lim. 45 a. al 25 ott.; tassa L. 50. Scad. 23 gen.

Borgonovo Val Tidone (*Piacenza*). — Scad. ore 17 del 20 dic.; 2° reparto; età lim. 35 a.; docum. a 3 mesi dal 19 nov.; stip. L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1470 indenn. d'integrazione; trasp. L. 3000 oltre L. 1200 assegno rivedibile; ab. 5000 circa.

Brescello (*Reggio Emilia*). — A tutto 20 febbr.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 trasp., L. 1000 indennità di categoria, L. 1000 ospedale, L. 500 ambulat., c.-v.; doc. a 3 mesi dal 18 nov.

Casola d'Elsa (*Siena*). — Scad. 8 gen.; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3500 cavalc.; età lim. 35 a.

Foggia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del locale Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 14.080 suscettibile di 4 aumenti quadriennali del decimo. oltre il supplemento di serv. attivo in L. 1408 e l'indennità caro-viveri se dovuta. Le dette rimunerazioni sono al netto della riduzione del 12 % di cui il R. D. L. 20 nov. 1930, N. 1491. Titolo

di studio: diploma di abilitaz. all'eserc. della profess. di medico-chirurgo o diploma di laur. in med. e chir. ottenuto entro il 31-12-1924 o conseguito entro il 31-12-1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31-12-1923, N. 2909. Scadenza ore 12 del 31 gennaio 1931. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministr. Provinciale di Foggia.

FOGGIA. *R. Prefettura della Capitanata.* — Ufficiali sanitari per 6 comuni ed un consorzio; proroga a tutto 31 dicembre.

GATTEO (*Forlì*). — Scad. 26 dic.; L. 7900 e bienni del ventesimo; cavalc. L. 2650; c.-v.; L. 850 se uff. san.; età lim. 35 a.

GAVI (*Alessandria*). — Scad. 20 gen.; L. 7000 oltre L. 2500 cav., L. 1400 se uff. san.

GUIDIZZOLO (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., L. 1800-2500 trasp.

INTRA (*Novara*). — 1ª condotta medica pei poveri; ab. 8500 circa; L. 8625 e 5 quinquenni dec. per 1400 pov.; addizion. L. 3, c.-v.; L. 500 bicicl.; scad. 31 dec. Tassa L. 50,10. Doc. a 6 mesi dal 20 nov.

LONGONE SABINO (*Rieti*). — Scad. 25 dic.; lire 10.500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v. L. 400; indenn. cavalc. da stabilirsi.

MESSINA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Direttore medico. Stipendio L. 20.400. Servizio attivo L. 5500. Due aumenti quadriennali di lire 1200 e L. 1500. Età massima anni 45. Per i combattenti elevabile di 5 anni. Dispensa limiti età per aiuti e assistenti in R. Cliniche malattie nervose e mentali; e per Sanitari in servizio presso Manicomi Prov., Giudiz. o privati, nominati, in quest'ultimo caso, in seguito a concorso giudicato da Commissione composta ai sensi dell'articolo 20 Regolam. 16-8-909, N. 615. Servizio in Clinica o Manicomio per almeno un quadriennio. Scadenza ore 15 del 31 dicembre. Per informazioni dirigersi Segreteria Ospedale Psichiatrico.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Sei posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno; titoli ed esami; scad. ore 16 del 17 genn.; L. 5600; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 nov.; tassa L. 50. Compiuto un biennio, passaggio ai posti di assistente ordinario che si fossero resi liberi.

ID. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario; titoli od esami ovvero titoli ed esami, (a scelta dei concorrenti); scad. ore 16 del 10 febbr.; L. 7850; età lim. 40 a.; 8 anni di eserc. profess. compreso quello di guerra; doc. a 3 mesi dal 7 nov.; tassa L. 50.

Per ambedue chiedere bandi di concorso all'Ufficio Protocollo, via Ospedale 5, Milano.

MONTEREALE (*Aquila*). — Scad. 26 dic.; 3ª cond.; L. 9500 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

RIVA (*Trento*). — Scad. 20 febbr.; 2ª condotta; L. 6800 oltre L. 1800 indennità di via, L. 2200 indennità di abitaz., c.-v., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.

ROMA. *Camera dei Deputati.* — Il concorso al posto di medico è stato prorogato al 31 dicembre.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 40 assistenti medico-chirurgici; scad. ore 16 del 15 gen.; età lim. 30 a. al 25 nov.; L. 4500 e c.-v.; tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria generale.

ROTONDELLA (*Matera*). — Per titoli, condotta per i poveri. Stipendio iniziale L. 7000, al lordo delle ritenute, suscettibile degli aumenti di carriera previsti dal Regolamento Sanitario. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda, documenti di rito e quietanza della tassa di L. 50, debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 1° marzo 1931.

SANTA BRIGIDA (*Bergamo*). — Scad. 15 feb.; con Averana e Cusio; L. 10.000 e c.-v., oltre L. 540 per uff. san.; 5 quinquenni dec.; tassa L. 50,10. Ab. 2500 circa; poveri 50.

S. CHIRICO RAPARO (*Potenza*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

TORRITA DI SIENA (*Siena*). — Scad. 31 dic.; 2ª cond., pel capol.; L. 7500 oltre assegno mobile se mantenuto; 6 quadrienni dec.; L. 3500 cav.; assicurazione. Età lim. 40 a. Doc. a 6 mesi dal 15 nov. Tassa L. 50,15. Serv. supplenze con diaria di L. 25.

TRAPANI. — Scad. 20 feb.; sezione rurale; lire L. 8500 oltre L. 2500 trasp., L. 200 aumentabili a 1200 arm. farm., 3 quadrienni e 3 quinquenni L. 750; tassa L. 50.

TREVISO. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — Aiuto anatomo-patologo. Assegno annuo lorde L. 12.000, con 5 aumenti quadriennali del 10 %; eventuale indennità caro viveri; emolumenti per ricerche di Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VALSTRONA (*Novara*). — Scad. 15 gen.; L. 15.000 assegno complessivo, compreso uff. san. Rivolgersi Segreteria Com.

VETTO D'ENZA (*Reggio Em.*). — A ore 18 del 15 febbr.; doc. a 3 mesi dal 16 nov.; tassa lire 50,10; stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 indenn. categoria, L. 3000 se cavallo o automob., L. 1000 uff. san., ecc., addizion. L. 5.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, e compensi allo stipendio base.

NAPOLI. *Istituto Ortopedico T. Ravaschieri.* — È aperta l'iscrizione per quattro posti a scelta di assistenti volontari fuori organico nell'Istituto Ortopedico Ravaschieri e nella Dipendenza Ospizio Marino Permanente in Bagnoli. Tali posti di perfezionamento nella specialità sono per il primo semestre 1931 e per i laureati in medicina e chirurgia, di qualunque Università del Regno, negli anni 1929-1930. Le domande e documenti debbono essere dirette al direttore prof. A. Curcio e presentate nella Segreteria della Pia Opera (Riviera di Chiaia, 126) nelle ore antimeridiane.

CONCORSI A PREMI.

Premi Lepetit.

La S. A. Lepetit ha messo a disposizione del Consiglio Naz. delle Ricerche la somma di L. 7500, affinchè siano istituiti 5 premi di L. 1500 cia-

scuno da assegnarsi ai 5 migliori lavori sperimentali o gruppi di lavori sperimentali eseguiti nell'anno da laureati in medicina da non più di 5 anni; scad. 31 dicembre 1930. Ha anche istituito 10 premi da L. 1500 e 5 da L. 1000 da assegnarsi agli autori delle migliori tesi di laurea in medicina, per l'anno accademico iniziato il 31 novembre 1930. Rivolgersi al C. N. R., Ministero dell'Educazione Nazionale, viale del Re, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Alla direzione dell'Istituto di Batteriologia della R. Università di Napoli è stato chiamato, da quella Facoltà Medica, il prof. Guglielmo Ascione, che succede al prof. Nicola Pane. Egli è un eminente allievo del prof. Dante De Blasi. Rallegramenti.

Il prof. Francesco Casagli, direttore generale del Civico Ospedale « Felice Lotti » di Pontedera, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Giuseppe Franchini è chiamato all'insegnamento della patologia coloniale presso la R. Università di Modena.

A rettore dell'Università di Bari è stato confermato il prof. Giuseppe Mariani. Per l'Università di Parma è stato nominato rettore il prof. Luigi Preti, ordinario di Patologia speciale medica.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di patologia comparata.

Sotto la presidenza del sen. prof. Ettore Marchiafava, si è provveduto alla costituzione di un Comitato per la partecipazione italiana al 2° Congresso Internazionale di Patologia Comparata, il quale si terrà a Parigi, dal 14 al 18 ottobre 1931, in occasione dell'Esposizione Coloniale.

Quasi tutte le Nazioni civili saranno rappresentate a questo Congresso, che è posto sotto l'Alto Patronato del Capo dello Stato e del Governo della Repubblica. Anche il Governo italiano è stato invitato ufficialmente a farvisi rappresentare.

È desiderabile che la scienza italiana figuri degnamente in quell'importante consesso scientifico, cui parteciperanno patologi d'ogni Paese allo scopo di studiare i problemi delle malattie che colpiscono tutti gli esseri viventi: l'uomo, gli animali, le piante.

È, infatti, attraverso l'opera associata dei medici, dei veterinari e dei fitopatologi, che possono essere chiariti molti problemi oscuri, concernenti la biologia degli esseri ed i mezzi più idonei e più efficaci atti a prevenire e combattere i loro processi morbosi.

Il Comitato si propone di compiere opera di propaganda, affinchè il concorso degli studiosi italiani al Secondo Congresso Internazionale di Patologia Comparata, e per il numero delle adesioni e per la qualità delle comunicazioni scientifiche, risulti degno dello sviluppo assunto anche fra noi dalla biologia sperimentale, segnatamente nel campo della patologia.

La Commissione esecutiva è composta dei professori A. Lanfranchi, L. Petri, V. Puntoni, G. Sanarelli, G. Vernoni; segretario ne è il dott. E. J. Pampana.

Si prega di inviare le adesioni all'indirizzo del segretario: R. Istituto d'Igiene, via Palermo 58, Roma.

3° Congresso italiano di microbiologia.

Nel prossimo mese di aprile si terrà in Milano il III Congresso della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia.

Saranno svolte le seguenti relazioni: prof. Luigi Montemartini (Direttore dell'Istituto Botanico della R. Università di Palermo): « La patogenesi delle malattie delle piante »; prof. Vittorio Puntoni (Direttore dell'Istituto di Batteriologia della R. Università di Roma): « Moderne conoscenze e nuovi orientamenti sulla biologia del B. tubercolare »; prof. Amilcare Zironi (Direttore dell'Istituto di Microbiologia della R. Università di Milano): « L'iperrecettività nelle malattie ». Inoltre il prof. Francesco Pepeu (Capo Sezione del Reparto Sieri dell'I. S. M.) tratterà, in una conferenza, le « Moderne cognizioni e vedute sulla vaccinazione antidifterica ».

Sono escluse le comunicazioni che per il contenuto possono rivestire carattere pubblicitario.

La Presidenza ha deciso di sopprimere ogni cerimonia ufficiale nella seduta inaugurale del Congresso; d'inviare ai congressisti sotto forma di bozze di stampa il testo delle relazioni e delle comunicazioni almeno dieci giorni prima dell'inizio del Congresso, allo scopo di rendere più ampia e proficua la discussione e di evitare inutili perdite di tempo; di limitare il numero delle comunicazioni, permettendone solo una per Autore.

I testi delle relazioni e delle comunicazioni saranno inviati alla Segreteria non oltre il 1° marzo 1931. Il testo di ogni comunicazione non dovrà superare le sei pagine dattilografate. Nel caso in cui le comunicazioni siano accompagnate da proiezioni, gli oratori dovranno darne avviso tempestivo alla Segreteria, indicando le misure delle diapositive.

Le adesioni al Congresso, accompagnate dalla quota di L. 25, dovranno pervenire alla Segreteria entro il mese di marzo.

I Congressisti avranno diritto a ribasso ferroviario del 30 %, al volume degli Atti, alla prenotazione delle camere d'albergo ed in genere a tutte quelle facilitazioni e provvidenze che in loro favore il Comitato direttivo procurerà di ottenere.

Per qualunque schiarimento rivolgersi alla Segreteria, via Darwin 20, Milano.

Comitato italiano per lo studio dei gruppi sanguigni.

Il Comitato Italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, aderente alla Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia, prenderà occasione dal III Congresso della Società per fare delle comunicazioni.

Il prof. Leone Lattes (Direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Modena) riferirà su: « Le variazioni quantitative delle proprietà gruppo-specifiche ».

Coloro che intendessero fare altre comunicazioni sull'argomento sono pregati di inviarne il titolo ed il testo entro il febbraio 1931 alla Segreteria della Sezione Italiana, via Darwin 20, Milano.

Unione internazionale di Soccorso ai fanciulli.

L'« Union Internationale de Secours aux Enfants » (U. I. S. E.), la quale accoglie 42 associazioni sparse in 35 paesi d'Europa e d'America e conta ormai 11 anni di vita, ha deciso di completare la sua organizzazione, aggiungendovi una Sezione di medicina preventiva dell'infanzia, della quale possono far parte solo medici.

Il prof. G. Scheltema, di Groninga (Olanda), si è incaricato provvisoriamente di assumere la segreteria della Sezione.

Scuola di perfezionamento in medicina legale a Roma.

La Scuola, diretta dal prof. S. Ottolenghi, ha sede nell'Istituto di Medicina legale. Ha lo scopo di mettere in grado i laureati in medicina e chirurgia di corrispondere alle esigenze tecniche e scientifiche reclamate per la esatta compilazione delle perizie mediche in sede penale, civile, ed in rapporto all'infortunistica e di conseguire il diploma di perfezionamento in Medicina legale. La durata è di due anni. Tasse complessive L. 2605.

Le lezioni cominceranno il 13 gennaio ed avranno termine il 31 maggio. Le iscrizioni si chiuderanno col 31 dicembre. Gli iscritti dovranno essere non meno di 6 e non più di 15. Chiedere annunzio al direttore della Scuola.

Scuola di perfezionamento in ostetricia e ginecologia a Siena.

Comincerà a funzionare col 1° gennaio, sotto la direzione del prof. F. Spirito. Ha la durata di 4 anni. Tasse complessive L. 6175. Chiedere il programma al direttore della Scuola, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Siena. Le iscrizioni si ricevono sino al 31 dicembre.

Consiglio Provinciale Sanitario di Roma.

Il 29 novembre si è riunito il Consiglio Provinciale Sanitario di Roma. All'inizio della seduta, su proposta del Presidente, ha deliberato d'inviare l'espressione del suo devoto omaggio al dott. G. Basile, nuovo direttore generale della Sanità, e di far pervenire fervidi auguri di pronta guarigione all'illustre componente prof. V. Ascoli.

Indi, il medico provinciale dott. Sirleo ha ampiamente riferito sull'andamento delle malattie infettive verificatesi durante l'anno nei vari Comuni della provincia, e sui mezzi sanitari adottati per fronteggiarle.

Il veterinario provinciale dott. Marra ha anche informato sul decorso delle varie epizoozie, dimostrando il deciso miglioramento verificatosi in confronto degli anni decorsi.

Furono poi prese numerose deliberazioni d'ordine amministrativo.

Per la lotta contro il cancro nella provincia di Ancona.

Nella sala maggiore dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile Umberto I di Ancona si è riunito il Comitato tecnico del centro diagnostico per la lotta contro il cancro, presenti il prof. Baccarani, il prof. Cappelli, il prof. Montanari, il prof. Sette e il dott. Agostini. Sono intervenuti anche il medico provinciale dott. cav. Clementi, il presidente dell'amministrazione dell'Ospedale comm. Manzoni e il presidente della sezione provinciale della Lega comm. dott. Fuà. Dopo uno scambio di idee al quale hanno preso parte tutti gli intervenuti, è stato deciso di non limitare l'azione solo all'esame dei casi di cancro incipiente occulto o manifesto, bensì di estenderla anche all'enumerazione di tutti i casi esaminati e curati, indicandone per ognuno l'operabilità o meno e la cura alla quale sono stati sottoposti. Per conseguire tale intento, sarà diramata una nuova circolare per invitare tutti i sanitari degli ospedali della provincia, delle case private di cura, i medici condotti e liberi docenti a riferire ogni tre mesi i casi di cancro osservati, diagnosticati e curati e dichiarati inguaribili. Il Consiglio della Lega raccoglierà tutti questi elementi e ne farà oggetto di relazione al Comitato centrale di Roma, affinchè in forma statistica ne dia pubblicità nel suo bollettino trimestrale.

Il Comitato stabilisce come è stato fatto in altre occasioni di predisporre pubbliche conferenze affinchè tutti i cittadini, come già conoscono i pericoli del dilagare del flagello del cancro, conoscano anche l'importanza e l'utilità di combattere il male alle sue prime manifestazioni.

Infine, è stata esaminata la possibilità di arredare il Centro diagnostico di una quantità, sia pure modesta, di « radium ».

Il Comitato fa affidamento di ottenere il concorso dello Stato a mezzo del medico provinciale, che ha promesso tutto il suo interessamento.

Ospedale oftalmico della provincia di Roma.

Mercè l'attiva e disinteressata opera dell'illustre direttore prof. Roselli, succeduto fin dal 1923 al fondatore e primo direttore prof. Mariano Scellingo, del quale fu valido aiuto fin dall'inizio, e mercè l'interessamento della Commissione amministratrice, presieduta dall'on. conte Orsolini Cencelli, può reggere il confronto con i migliori istituti del genere.

Sostenendo non lievi spese, con l'aiuto del Governo, è stato completamente restaurato, fornito dei migliori e più recenti macchinari ed istrumenti di dottrica che la scienza abbia in uso, dotato di una discreta biblioteca della specialità e di un magnifico Gabinetto per analisi chimiche, batteriologiche ed istologiche.

Il 5 dic. le autorità ed i rappresentanti della stampa romana hanno visitato il magnifico Ospedale, ricevuti dal direttore prof. Roselli e dai suoi collaboratori.

Per l'Ospedale Fate-bene-fratelli in Roma.

Una interessante discussione si è svolta alla Camera dei Deputati tra l'on. Di Marzo, sottosegretario all'Educazione Nazionale e l'on. Guglielmotti, interrogante.

Il primo sostenne che la ricostruzione dell'Ospedale dei Fate-bene-fratelli nell'Isola Tiberina significherebbe un notevolissimo miglioramento, dal punto di vista sanitario; d'altronde non sarebbe possibile d'imporre l'allontanamento dell'Ospedale, dacchè l'Ordine che lo possiede è un Ente privato. L'on. Guglielmotti prospettò la convenienza di allontanare l'Ospedale, per ragioni igieniche ed artistiche; ciò sarebbe agevole, mediante una permuta di terreni tra l'Ordine Religioso ed il Governatorato. Raccomandò di studiare bene il problema, prima di creare il fatto compiuto, affinchè non si ripetano deprecabili errori del passato.

Ambulatorio della Croce Rossa Italiana nell'isola di Rodi.

Per iniziativa di S. E. il Governatore delle Isole Italiane dell'Egeo, Mario Lago, e per interessamento di S. E. il senatore Filippo Cremonesi, Presidente generale della Croce Rossa Italiana, la nobile istituzione esplica, com'è noto, anche a Rodi la sua attività benefica ed integrativa per il completo benessere delle popolazioni dell'interno dell'Isola. Nel fervore di opere feconde di bene, le provvidenze governative non trascurano l'igiene delle popolazioni, che seguono appassionatamente l'opera del Governo.

Nel villaggio di Peveragno, centro di una vastissima zona assoggettata a bonifica agraria, con l'intervento di S. E. il Governatore e di donna Ottavia Lago, S. E. l'Arcivescovo Castellani ha recentemente impartito la benedizione al nuovo locale di un ambulatorio, sorto a cura della Croce Rossa Italiana, del R. Governo di Rodi e della Società Anonima di Frutticultura, che ha assunto i lavori di bonifica. La suggestiva cerimonia ha riscosso il plauso delle autorità e di numerosi visitatori e la gratitudine della popolazione.

Fondazione Gustavo Gasperini.

Si è chiusa la sottoscrizione per una fondazione perpetua di studio presso la R. Università di Firenze in onore del compianto idrologo prof. Gustavo Gasperini. La somma raccolta si convertirà in titoli nominativi di Consolidato che saranno, a seguito delle formalità rituali per il riconoscimento giuridico, consegnati alla R. Università fiorentina.

La fondazione Gasperini garantirà un premio biennale di circa 2500 lire per il migliore studio in materia di idrologia medica presentato da cittadini del Regno e delle isole italiane dell'Egeo.

Fondazione Gino Dedin.

Nell'anniversario della sua morte — ai primi di novembre — i nipoti, seguendo il pensiero esternato dal compianto Collega, versarono all'Istituto Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti, L. 75 mila in titoli Consolidato, per la erezione di un premio triennale di 10 mila lire nette da assegnarsi al migliore studio sulla « Paralisi Infantile ».

Le norme del bando furono fissate d'accordo con la Segreteria dell'Istituto, ed il primo concorso sarà bandito alla fine del prossimo anno, così da dare il tempo di un anno per la compilazione degli studi e delle relazioni.

Il Collega profondamente buono ed insigne specialista in Pediatria, volle contribuire, anche assente, alla riparazione dei mali che travagliano l'infanzia: ed i nipoti con vivo amore hanno disposto che ogni suo desiderio fosse tradotto in realtà.

Donazione benefica.

Il prof. Andrea Curti, direttore dell'Ospedale di Sassari, ha ricevuto in forma romantica, per la strada, in un plico, da un ignoto benefattore la somma di 130.000 lire, destinate a dotare l'ospedale d'impianti scientifici; un altro plico verrà aperto alla morte del munifico donatore.

Borse di studio per studenti stranieri in Italia.

Il Centro Nazionale Italiano di informazioni universitarie per studenti stranieri e italiani residenti all'estero, ha istituito 98 borse di studio per l'anno accademico 1930-31, fra cui le seguenti: presso l'Università di Bari, 3 borse da lire 6 mila ognuna per dalmati di nazionalità italiana; Università di Camerino, 15 borse da lire 3 mila ciascuna per stranieri e 7 borse da lire 1000 ciascuna per dalmati; Macerata, 10 borse da lire 1000 e otto da 800 per italiani e stranieri; ecc. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, Salita del Grillo 1, Roma.

Carrozza-laboratorio delle ferrovie di Stato in Argentina.

È stata costruita nelle officine di Tariff Viejo allo scopo di compiere delle ricerche sulle malattie infettive dell'Argentina settentrionale, in luoghi lontani dai centri urbani.

Consta di posti a letto, cucina, bagni, ghiacciaia e di un locale per uso di laboratorio con termostati elettrici, autoclave per la sterilizzazione e di una sezione speciale per gli animali da esperimento.

(Da « Semana medica », 19 giugno 1930).

Assemblea generale del Sindacato dei chirurghi francesi.

Si è tenuta il 9 ottobre, nell'anfiteatro della Scuola pratica della Facoltà di Medicina di Parigi, sotto la presidenza del prof. J. L. Faure, con l'intervento di oltre 200 soci.

Erano all'ordine del giorno vari problemi: assicurazioni sociali, diploma di chirurgo, infortuni sul lavoro, responsabilità professionale; ma non si riuscì a discutere che il primo.

L'assemblea ha concluso approvando un ordine del giorno di vivace protesta contro le ultime disposizioni regolamentari, che sottopongono al regime degli indigenti molte categorie delle classi sociali medie, le quali costituiscono la quasi totalità della clientela dei chirurgi di provincia. Si dichiara rispettosa della legge; quindi si assume l'impegno di collaborare all'applicazione di essa, a titolo di esperienza, ma avanza delle riserve per il caso che i timori prospettati si dimostrassero giustificati e che i poteri pubblici persistessero a non tener conto dei rilievi fatti.

Ufficio d'informazioni mediche a Parigi.

L'« Association pour le Développement des Relation Médicales entre la France et les Pays Etrangers » ha fondato un « Bureau de Renseignements » che accentra tutte le informazioni relative a lezioni, sedute operatorie, corsi complementari e di perfezionamento e notizie diverse che possano interessare i medici o gli studenti di medicina stanieri residenti o di passaggio a Parigi. Rivolgersi alla direttrice dell'Ufficio, M.lle Huré, Bureau de l'A. D. R. M., Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine 12, Paris (VIe), Francia).

Per le infermiere vittime del dovere.

Nella Chiesa del Sacro Cuore di Maria in Torino ha avuto luogo una solenne funzione religiosa in memoria delle infermiere volontarie della Croce

Rossa Italiana cadute nell'adempimento del dovere.

Alla funzione hanno partecipato in qualità di infermiere volontarie della Croce Rossa, indossando la divisa di crocerossine, le LL. AA. RR. la Principessa Maria di Piemonte e la Duchessa di Pistoia, le infermiere della Croce Rossa e tutte le allieve infermiere.

Il centenario del chinino in una mostra londinese.

L'« Agenzia di Roma » riceve da Londra che a cura del « Wellcome Medical Museum » di Londra, la più grande Istituzione di Storia della Medicina del mondo, è stata aperta l'8 dicembre, per chiudersi nel febbraio 1931, una Mostra Commemorativa del III Centenario della introduzione in Europa della corteccia di china. La data ricorda la introduzione in terapia del più efficace farmaco che conosca la medicina nella cura della febbre malarica. Questa corteccia ebbe il suo primo successo in Roma, da dove essa si affermò, non senza lotte, durate quasi un secolo, e da dove si sparse in tutta l'Europa per merito specialmente dei Gesuiti, che per primi la fecero giungere regolarmente dal Perù.

Da Roma, dove nel 1640 cominciò la distribuzione regolare e gli esperimenti sulla sua efficacia, a cura del Wellcome Museum è stato raccolto un abbondante materiale documentario, sopratutto di archivi privati.

Il prof. G. Franchini reduce dagli Stati Uniti.

È ritornato, da un ciclo di conferenze agli Stati Uniti d'America, dove era stato invitato da diverse Società Mediche, il prof. Giuseppe Franchini. Egli, come già altre volte, ha tenuto conferenze a New York, Brooklyn, Cleveland, Filadelfia, Baltimora ed in altre città, davanti a numerosissimi medici. Ha trattato argomenti di patologia coloniale commemorando anche il Laveran nel 50° anniversario della scoperta del parassita malarico ed ha parlato sulla storia della medicina, commemorando fra gli altri il grande fisiologo e naturalista Antonio Vallisnieri nella ricorrenza del secondo centenario della morte. Ha preso parte alla commemorazione di Galeno all'Università di Pennsilvania. È stato nominato membro d'onore della « Medical Library Association » di Cleveland (Ohio) e membro del « College of Physicians » di Filadelfia.

In memoria del prof. Mingazzini.

Il 3 dicembre, primo anniversario della morte del compianto prof. Giovanni Mingazzini, ebbe luogo nell'Aula della R. Clinica Medica di Roma, una solenne commemorazione del grande Maestro.

Nell'anfiteatro artisticamente addobbato spiccava fra piante e fiori il busto bronzeo dello Scienziato, opera pregevole dello scultore Sindoni. Erano presenti il Rettore Magnifico, on. prof. De Francisci, i rappresentanti della Sanità Pubblica e Militare, i proff. Alessandri, De Sanctis, Baglioni, Dionisi, Ottolenghi, Perez, Pestalozza, Sanarelli, la Scuola Romana di Neurologia al completo, innumerevoli medici, studenti, ed uno stuolo di gentili signore. Assistevano anche alla cerimonia la vedova dell'Estinto e i due figli, prof. Ermanno e dott. Manfredo.

Prendeva per primo la parola il prof. Busi, preside della Facoltà di Medicina, invitando i presenti a raccogliersi devotamente per rievocare la figura del Grande Scomparso. Il prof. Fumarola, dopo aver ricordato come la Scuola Neurologica Romana avesse designato a commemorare il Maestro quegli che per tanti anni aveva collaborato con Lui in continua comunanza di pensiero e di vita, il prof. Francesco Giannuli, comunicava le molte adesioni pervenute da tutte le Cliniche e dai principali Istituti neurologici ed ospedalieri d'Italia e del mondo.

L'orazione del prof. Giannuli, densa di pensiero e di commozione, è apparsa veramente degna del Maestro.

Dopo aver tracciato un vasto quadro del movimento scientifico-biologico degli ultimi cinquant'anni, egli ha inquadrato la figura di Giovanni Mingazzini e la Sua opera alta e indefessa nella giusta luce, accennando alla maggior parte di argomenti nei quali Egli ha portato il contributo geniale della Sua grande competenza. L'opera del Maestro è così balzata viva agli occhi degli ascoltatori in una sintesi che non era facile contenere in sobrie proporzioni, per la vastità e la difficoltà degli argomenti trattati.

Seguìto con religiosa attenzione, l'oratore è stato salutato da profonde acclamazioni che hanno significato tutta la riconoscenza degli allievi di Giovanni Mingazzini alla nobile fatica del prof. Giannuli.

Infine il laureando La Cava con felice appassionata improvvisazione ha scolpito la figura del Maestro quale gli studenti solevano ammirarla nella Scuola, nelle corsie, nella vita.

La cerimonia, svoltasi in un'atmosfera di alta spiritualità, ha vivamente commosso i presenti.

Onoranze al prof. Luigi Concetti.

Ricorrendo quest'anno il X anniversario della morte del prof. Luigi Concetti, si è costituito un Comitato organizzatore per tributare solenni onoranze all'illustre Scomparso.

Luigi Concetti fu tra i primi se non il primo e fra i più strenui assertori dell'importanza scientifica e morale della Pediatria: curare il fanciullo significa fortificare l'uomo: *in puero homo!*

Per opera del Governo Nazionale oggi lo studio dei problemi che riguardano la salute e la protezione dell'infanzia ha assunto veramente quell'importanza preconizzata da Luigi Concetti e se Egli tornasse a vivere vedrebbe molti dei suoi sogni realizzati, delle sue credute chimere avverate.

L'Opera per la Maternità e Infanzia, retta da uno dei migliori allievi del Concetti, non è infatti che una realizzazione dell'opera di Luigi Concetti che per anni e anni combattè per il suo ideale, che sempre dette le sue energie per la protezione dell'Infanzia, per lo studio ed il miglioramento igienico del fanciullo.

Luigi Concetti fu un impareggiabile Maestro. Le sue lezioni erano semplici, chiare, istruttive, pratiche, lucido specchio di vita vissuta fra l'infanzia; e chi ebbe la fortuna di seguirle, le ricorderà sempre con gioia e con nostalgia.

Alle eminenti qualità di scienziato puro, Luigi Concetti univa una mirabile capacità di volgarizzatore degli argomenti più difficili e complessi della Medicina, doti queste che raramente si trovano accoppiate.

Egli raccolse il frutto della sua lunga pratica nei sette volumi dei « Rendiconti statistico-clinici » che costituiscono una vera ed inesauribile miniera d'insegnamenti dottrinali e pratici, assolutamente preziosi ed indispensabili per chi voglia intraprendere la difficile e dura, ma santa missione, di medico dei bambini.

Un numerosissimo stuolo di discepoli e di amici del Grande scomparso, riunitisi in Comitato, eternerà quest'anno il nome di Luigi Concetti scoprendo un busto in bronzo nella R. Clinica Pediatrica al Policlinico Umberto I, mentre è stato proposto di dare il suo nome ad una via di Roma che fu testimone principale e costante della ininterrotta opera pietosa, scientifica, filantropica di Luigi Concetti.

Una medichessa centenaria.

Si è festeggiato a Londra il centesimo compleanno della dott.a Harriett Crisby, considerata come il decano della classe medica di tutto il mondo.

Ella giunse al trattenimento in auto, ma promise che la prossima volta giungerà in aeroplano ed a tale proposito ricordò di avere assistito, cinquanta anni or sono, ai primi tentativi infelicissimi di volo. Tracciò la storia della propria vita: educata in Australia, sbarcò ottanta anni or sono in Inghilterra; ma ivi non era consentito alle donne lo studio della medicina, cui ella si sentiva chiamata, e perciò decise di passare in America. Esercitò per lunghi anni a New York, poi a Boston ed infine a Ginevra. Attribuisce la sua lunga vita e la sua eccellente salute alla regolarità delle sue abitudini e al suo vitto vegetariano; ma aggiunse che da tre mesi questo l'aveva stancata e perciò si è data ora ad un regime carneo ad oltranza. Precorse la moda femminile attuale, facendosi accorciare le gonne ed i capelli molti anni or sono. Nell'insieme, dimostrò molto brio e molto *humour*.

Infortuni di sanitari.

Il 5 novembre, mentre il dott. Medakovitch, addetto al laboratorio del Manicomio di Sant'Anna in Parigi, usciva dall'Istituto, venne aggredito a colpi di rivoltella da un alienato, da pochi istanti evaso e che errava per la strada. Il sanitario riportò una ferita al braccio sinistro. Il demente fu poco dopo arrestato, grazie al coraggioso intervento del dott. Trénél, primario nell'Istituto, che lo affrontò mentre nessuno osava di avvicinarsi e lo serrò tra le braccia, permettendo ai poliziotti di disarmarlo.

* * *

Il dott. Filippo Arcangeli da Carsoli, di anni 24, neo laureato in medicina, ha riportato a Roma, in uno scontro d'automobili, la frattura della gamba sinistra.

Si è spento a 72 anni il prof. CHRISTIAN EIJCKMANN, che diresse a lungo l'Istituto d'Igiene di Utrecht (Olanda). Definì la natura avitaminica del beri-beri e ne indicò la cura; questa importante scoperta gli è valso il premio Nobel, assegnatogli nel 1929. Esplicò un'elevata attività scientifica anche in altri campi della patologia generale, dell'anatomo-patologia e della clinica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVII Roma, 22 Dicembre 1930 Num. 51

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. L. SPOLVERINI.

La terapia del rachitismo con la ergosterina irradiata

per la dott.ssa CAMILLA NERVI, assist. volont.

In nessuna malattia, come nel rachitismo, la terapia segue passo per passo il cammino delle ricerche che tendono a mettere in luce i problemi ancora oscuri della sua etiologia e patogenesi; e poichè tali ricerche si aggirarono in massima parte intorno ad uno dei sintomi della sindrome rachitica, il più manifesto, la terapia si imperniò in modo prevalente su di un solo lato del problema, cioè le lesioni ossee. Si potrebbe persino dire che il criterio terapeutico della ricalcificazione delle ossa rachitiche fu quello che indirizzò gli studii sulla etiopatologia e patogenesi di questa sindrome, così complessa; criterio qualche volta fallace, in una malattia che, come questa, tende spontaneamente alla guarigione.

In un primo periodo il rachitismo venne considerato come una semplice malattia delle ossa ed esclusivamente di esse, dovuta a scarsezza di elementi minerali; benefici si ebbero dalla somministrazione di sali di calcio e specialmente di fosforo, per cui si disse il rachitismo essere dovuto a mancanza di sufficienti quantità di calcio e di fosforo nella alimentazione.

In un secondo periodo, il rachitismo fu considerato come malattia che colpisce tutto l'organismo, producendo anemia, rallentamento dello sviluppo, malattia dovuta a pregressi disturbi intestinali, alla cattiva igiene delle case, alla mancanza di sole, ecc., d'onde la spiegazione dei benefici delle cure climatiche, elio- ed idroterapiche, ultravioletto-terapiche.

In un terzo periodo la sindrome rachitica fu studiata dal punto di vista bio-chimico, arrivando alla conclusione della mancanza di un *quid* calcio-fissatore, che fu, poi, nel 1927, identificato nella cosidetta vitamina D, e che portò alla attivazione dell'ergosterina, oggi ritenuta come mezzo specifico di guarigione del rachitismo, d'onde la concezione, in verità troppo semplicista, che ritiene essere il rachitismo dovuto a carenza di vitamina calcio-fissatrice.

Già da molti anni si era notato che il rachitismo è più raro nelle regioni tropicali

e artiche: che esso era invece più diffuso nelle regioni dove minore è la possibilità delle irradiazioni solari; che sono più numerosi i casi di rachitismo nei mesi invernali che non nella stagione estiva (Vogel, Kassowitz, Fischl), e che il rachitismo tende a guarire spontaneamente durante i mesi estivi. Queste constatazioni si può dire empiriche, che portarono al concetto di una carenza solare e a considerare l'azione favorevole dell'actinoterapia, furono confermate nel 1919 da Huldschinsky, il quale osservò che i raggi ultravioletti modificano rapidamente le lesioni ossee e lo stato generale dei rachitici, e fra gli autori americani specialmente da Hess, che constatò sperimentalmente che i raggi ultravioletti hanno un'azione profilattica e curativa sulla distrofia rachitiforme dei ratti bianchi, tenuti a dieta priva di fosforo. Intorno al meccanismo di azione dei raggi ultravioletti sono state emesse varie ipotesi dai vari sperimentatori (Woringer, Leidmann, Lesné e De Gennes, Mallamby, Spolverini, Frontali, ecc.), talune delle quali per altro non suffragate da alcuna prova sperimentale.

Un fatto interessante che emerse dagli studii sperimentali, e che potè essere recentemente dimostrato, è che le radiazioni ultraviolette possono conferire a tutto l'organismo irradiato le stesse loro proprietà specifiche: Hess, Mackoy e Shaw poterono infatti provare che segmenti di cute o il sangue dei topi sottoposti alla irradiazione diretta, dati ad altri animali per via orale, agivano terapeuticamente come antirachitici; e ciò, essi dissero, avverrebbe per la fissazione dell'azione radiante da parte dei lipoidi contenuti nella pelle e nel sangue.

Successivamente Goldblatt e Goames notavano che se a giovani ratti tenuti ad un regime privo di vitamina A si davano pezzetti di fegato di animali irradiati, essi si sviluppavano normalmente, cioè senza presentare sintomi di rachitismo: lo stesso avveniva se si somministrava loro olio di lino o grassi irradiati (Hess).

L'azione antirachitica delle irradiazioni si trasmetterebbe dunque anche alla sostanza escreta da animali irradiati.

Queste osservazioni condussero Steenbock e Daniels a studiare il potere curativo di alcune sostanze sottoposte alle irradiazioni, ed essi videro che il frumento, l'avena polverizzata, il grasso, la crema d'avena, i biscotti di avena, la carne, il latte fresco e disseccato, alcune farine, gli spinaci, il rosso d'uovo, acquistano in seguito alla esposizione alle irradiazioni ultraviolette delle proprietà antirachitiche o meglio (Rondoni) calcio-regolatrici. I medesimi risultati Hess e Weinstock ed anche Steenbock e Daniels ottenevano per certi olii e certi grassi, olio di lino, olio di semi di cotone, olio di oliva, lardo, burro, e Rondoni per l'olio di arachis.

Simon dimostrò che gli olii vegetali e le farine non contengono naturalmente il principio antirachitico, ma che tutte queste sostanze, sottoposte alla irradiazione ultravioletta, subiscono dunque delle modificazioni a cui fu dato il nome di attivazione o iecorizzazione (György). Così un olio da tavola, fresco e inodore, acquista qualità antirachitiche, e insieme il sapore, l'odore dell'olio di fegato di merluzzo; il latte in polvere, quello di bruciato. Il sapore e l'odore rimane invece invariato se l'irradiazione avviene al di fuori del contatto dell'aria. Gli olii vecchi e rancidi ed in genere le sostanze comunque alterate nel loro stato fisico-chimico originario (Spolverini), non si son dimostrate suscettibili di attivazione.

Al presente l'irradiazione viene fatta con una lampada di quarzo a vapori di mercurio con tecnica diversa a seconda dei vari preparati ma sempre con assenza di aria ed evitando una eccessiva irradiazione.

A questo riguardo Spolverini ha dimostrato sperimentalmente che le dosi eccessive di irradiazione, se possono riuscire ancora terapeutiche in taluni casi per il rachitismo, ostacolano peraltro il normale accrescimento del soggetto annullando il potere eutrofico generale, che lo stesso Spolverini ha potuto dimostrare per gli alimenti irradiati.

Tutti gli AA. del resto sono d'accordo nel riconoscere la grande importanza della durata di tempo della irradiazione, che non deve oltrepassare un determinato tempo (al massimo 3 ore) oltre il quale la sostanza attivata perde completamente le proprietà antirachitiche acquisite, così come le perdono anche le sostanze naturalmente attive (olio di fegato di merluzzo) se sottoposte ad una troppo lunga irradiazione. Le proprietà antirachitiche acquisite sarebbero abbastanza stabili; si è utilizzato con efficacia un olio irradiato otto mesi prima (Hess), dieci mesi prima (Steenbok e Block) ed anche un anno prima (Hess e Weinstok). L'olio attivato per mantenere le sue proprietà deve essere in ogni modo conservato al buio in boccetta chiusa. Le sostanze quasi esclusivamente studiate nella cura del rachitismo infantile furono dapprima gli olio irradiati, il latte, le farine; e poi le sostanze, che di queste risultarono come elemento attivabile, vale a dire la colesterina e l'ergosterina.

Poco adoperati furono gli olii vegetali irradiati; Steinbock e Daniels avrebbero visto scomparire lesioni rachitiche ed elevarsi il tasso del calcio nel sangue, dopo la somministrazione di olio irradiato in aggiunta alla dieta.

Il latte invece per un certo periodo di tempo venne molto usato nella cura del rachitismo.

Secondo la maggior parte degli AA. (Hess e Weinstock, Kramer, Cowal, Mackay, Shaw, Parsons, Hottinger, György, Harteg, Nassaw, Marfan, ecc.) i bambini rachitici trattati con latte irradiato migliorerebbero rapidamente: il tasso del Ca e del Ph si porterebbe rapidamente alla norma; dopo 10-20 giorni si avrebbero i segni radiologici della ossificazione e

dopo 1-2 mesi una completa guarigione delle lesioni ossee. Secondo Dawkins il latte irradiato avrebbe azione anche sull'anemia dei rachitici, aumentando l'emoglobina.

Il latte irradiato è in generale ben tollerato dai lattanti, specie se si abitua il bambino progressivamente a questo alimento, dando il latte irradiato progressivamente, per un pasto solo, il primo giorno, per due, il secondo e poi per 4-8 settimane a tutti i pasti. In Italia Spolverini ha eseguito a questo proposito ricerche sugli animali e sui bambini, e tali ricerche hanno dimostrato che è sufficiente solo una data percentuale di alimento integralmente irradiato ad esplicare in modo evidente tanto l'azione eutrofica, quanto quella terapeutica: la percentuale deve variare a seconda delle varie irradiazioni subìte, a seconda dello stato fisiochimico del latte (liquido o polvere); a seconda dell'età del soggetto, del fine che si vuole raggiungere.

Hess e Weinstock e Shermann consiglierebbero a scopo profilattico, l'irradiazione della madre il che apporterebbe un notevole aumento delle proprietà antirachitiche del latte e preserverebbe la madre da un eccessiva perdita di calcio e di fosforo.

L'uso delle sostanze irradiate presenta però notevoli difficoltà, in quanto riesce difficile in esse conseguire un costante contenuto del fattore antirachitico, che, come è noto venne, in questi ultimi anni individuato nella cosidetta vitamina l'iposolubile D, o antirachitica; o calciofissatrice.

Non si può neppure, nell'uso degli alimenti irradiati, e specialmente del latte, non tenere conto delle possibili alterazioni indotte dalla radiazione sui vari costituenti e sulle altre vitamine contenute, sensibili ai raggi ultra violetti. Questa mancanza di precisione nella dose, e negli effetti secondari, spiega appunto risultati contraddittori dei vari AA., riguardo alla maggiore o minore rapidità degli effetti terapeutici: e ciò in rapporto con le diverse intensità d'irradiazione, la quantità maggiore o minore dell'alimento irradiato, la manipolazione a cui esso fu sottoposto, l'età; la tolleranza del soggetto ecc.

Ora la necessità di eliminare questi gravi inconvenienti a parte la questione della scarsa praticità del metodo, contribuì ad orientare le ricerche verso la possibilità di isolare il fattore attivabile contenuto in essi alimenti; la possibilità di attivazione dovendo essere in rapporto con una parte dell'alimento, trasformabile, sotto l'azione dei raggi ultravioletti, in un principio antirachitico.

Numerose ricerche chimiche, allo scopo di conoscere tale sostanza attivabile, furono fin dall'inizio condotte sugli olii, grassi, lipoidi del gruppo della colesterina, e secondariamente sulle sterine vegetali. Si trovò allora che sono inattivabili gli olii minerali, attivabili invece gli olii e i grassi animali e vegetali dei quali non è attivabile però la maggior parte sostituita da grassi saponificabili, ma solo il residuo insaponificabile, particolarmente ricco in sterina. Questo elemento attivabile, Hess e Weinstock dimostrarono essere costituito da colesterolo per i grassi di origine animale e dal fitosterolo per quelli di origine vegetale.

Sotto l'influenza delle radiazioni ultraviolette il colesterolo ed il fitosterolo, isolati allo stato di purezza e normalmente inattivi acquistavano proprietà antirachitiche (Steenbock, Daniels), e subivano modificazioni nella loro costituzione chimica, nel loro punto di fusione (Rosenheim e Webster), nello spettro (Hess e Windaus). Fu quindi dimostrato che la colesterina irradiata, iniettata per via sottocutanea o data per via orale aveva azione nel rachitismo dei ratti, e nella cura del rachitismo dei bambini (György, Parsons, Gottele e Tolmoi, Hottinger, Rosenheim e Webster, Weintock, Dalsace). Ma se la colesterina era capace di fissare il potere antirachitico essa non era il solo elemento capace di farlo e ulteriori ricerche dimostrarono infatti che l'olio di fegato di merluzzo privato della colesterina non perdeva le sue proprietà antirachitiche (Zucker, Pappenheimer, Barmett), e che anzi la colesterina rigorosamente pura non solo era inattiva, ma inattivabile (Hess, Windaus, Rosenheim e Webster), per cui si pensò che le proprietà antirachitiche non appartenessero invece ad una sostanza associata alla colesterina. Ricerche ulteriori hanno invero dimostrato che i lipoidi attivabili sono delle particolari sterine a funzioni etileniche: fra queste in prima linea l'ergosterina che, sottoposta all'irradiazione ultravioletta, subisce delle modificazioni, in quanto varia il suo comportamento allo spettro, non precipita più con la digitonina, fonde a 150° e acquista proprietà antirachitiche nettissime.

Tale sostanza attiva non subisce modificazioni attraverso l'organismo ed essa si ritrova negli escrementi dei ratti, trattati con iniezioni sottocutanee di ergosterina: l'ingestione di essi infatti guarisce il rachitismo dei ratti non trattati (Vollmer). L'ergosterina irradiata, secondo Windaus e Webster sarebbe identica alla vitamina D antirachitica e secondo essi, nelle sostanze attivabili del regno vegetale ed animale, esisterebbe in dosi infinitesimali una sostanza, provitamina D, la quale verrebbe attivata dai raggi ultravioletti e trasformata in vitamina D.

L'ergosterina e non la colesterina fisserebbe dunque il principio attivo antirachitico, in seguito all'irradiazione.

L'ergosterina si isolava dapprima dalla segale cornuta, ma attualmente si estrae per lo più dai vegetali inferiori, come funghi, alghe, lievito; la estrazione e preparazione industriale si fa in due tempi con il metodo di Windaus Merk. In un primo tempo si isola il pre-principio attivo (la provitamina di Win-

daus) trattando la colesterina con bromo, passando al carbone animale e poi ad ossidazione e distillazione nel vuoto. In un secondo tempo con l'irradiazione ultravioletta si trasforma questa pre-vitamina in ergosterina attiva.

L'irradiazione della durata di 30' si fa con una lampada di vapori di mercurio, ad una distanza variante tra i 30 e 40 cent. tenendo chiusa l'ergosterina in un tubo di quarzo, dove si stabilisce una atmosfera d'azoto.

L'ergosterina così ottenuta pura, si può sciogliere nell'olio di oliva sterilizzato, in concentrazione variante da 1 a 2 per mille. Recentemente l'ergosterina è stata preparata in forma pillolare, ed è in commercio sotto forme di granuli di 0,002 mmgr. o pastiglie con cioccolato di 0,004 mmgr.

L'esperienza sui ratti condotta da Windaus, Hess, Rosenheim, dimostrano che una dose di 1/1000 di mmgr. di ergosterina pura è sufficiente per impedire il rachitismo dei ratti, tenuti a dieta di carenza.

Hottinger ritiene, che sia profilattica per il ratto una dose di 1/00000 di mmgr., e Rosenheim avrebbe impiegato con successo dosi anche inferiori.

Le ricerche intorno all'efficacia dell'ergosterina irradiata nella cura del rachitismo infantile si fanno sempre più numerose. La proprietà antirachitica dell'ergosterolo convenientemente irradiato, si conserva inalterata per lo meno 6 mesi; nei bambini la dose media giornaliera sarebbe di 2-3 mmgr. nel 1° anno, di 3-4 milligrammi al di là del 1° anno. György per primo introdusse l'ergosterina irradiata nella terapia e potè notare che 1-4 mmgr. di tale sostanza *pro die* potevano bastare a guarire i bambini di 3 a 9 mesi, affetti da rachitismo, in un tempo vario.

Blumer e Falkenheim tennero lattanti rachitici dai 3 mesi in poi, fino a bambini di 2 anni, in camere quasi completamente prive di sole e ad alimentazione con latte intero col 6 % di zucchero: essi videro che 2-3 mmgr. *pro die* di ergosterina irradiata erano sufficienti a far aumentare fino alla norma il tasso del fosforo e del Ca nel siero di sangue.

Dopo 12-15 giorni di cura l'esame radiologico dimostrava, prima la neoformazione della zona preparatoria di calcificazione, poi un aumento graduale del calcio neo-depositato. Anche nella craniotabe dopo 20 giorni al massimo si aveva scomparsa della sindrome clinica e miglioramento anche dello stato generale.

Lasch e Behrens, nel Brefotrofio di Gottinga, somministrarono l'ergosterina irradiata a 7 bambini fra i 6 mesi, e 1 anno: 5, con sintomi rachitici lievi, e 2 altri con sintomi gravi; dopo pochi giorni potè notare un evidente miglioramento delle funzioni statiche e generali. dopo 14 giorni spiccate deposizioni di calcio nelle ossa.

Vollmer sia sperimentalmente sui ratti, che clinicamente, ha visto che pochi mmgr. di ergosterina dati giornalmente guariscono in 3-6 settimane le manifestazioni ossee rachitiche del bambino; l'ergosterina non agirebbe però nell'anemia.

Vogt in 8 casi ha visto che bimbi prematuri e a termine trattati precocemente con l'ergosterina irradiata si sviluppano bene. Anche a scopo profilattico l'ergosterina fu usata da Lasch e Beherens, Vollmer ed altri, con esito soddisfacente.

Vogt consiglia di tentarla in tutti quei bambini che per la loro costituzione o per l'ambiente in cui vivono sono maggiormente predisposti al rachitismo, anzi pensa che l'ergosterina dovrebbe essere somministrata alla madre gestante e dopo il parto sia alla madre che al bambino (Falkenheim) tanto più che il lattante rachitico non sarebbe capace d'immagazzinare la vitamina antirachitica introdotta in sole poche dosi e la guarigione durerebbe solo il tempo in cui è somministrata la sostanza attiva (Vollmer).

Rohemer e Wörniger dopo 5-6 giorni di cura ergosterinica notarono sintomi favorevoli, ed ottennero la guarigione in 5-6 settimane.

Armand Delille e Bertrand affermano, dopo loro esperienze, che l'ergosterina irradiata agisce come i raggi ultravioletti.

W. Berk ottenne in diversi bambini in 4-6 settimane un grande miglioramento e la guarigione del rachitismo non solo nel campo clinico, ma anche nella chimica del sangue.

Recentemente Macchi in bambini in istato di rachitide florida ha notato risultati molto soddisfacenti sia clinicamente che radiologicamente e così pure De Benedetti.

Buoni risultati furono anche ottenuti dal Cozzolino e dal Genovese.

Anche Marfan riconosce che una notevole azione antirachitica è data dall'ergosterina irradiata, ma sarebbe più sicura ed evidente l'azione dell'olio di fegato di merluzzo puro. Secondo Marfan non tutti i rachitici reagirebbero allo stesso modo all'azione dell'ergosterina irradiata. Tuttavia in certo numero d'effetti si ritrova nella maggior parte dei casi. L'ergosterina irradiata agirebbe sopratutto sulla alterazione ossea del rachitismo: non avrebbe che una azione incostante o incompleta sui sintomi concomitanti di queste alterazioni.

L'effetto principale consisterebbe nella recalcificazione o la rimineralizzazione dell'estremità diafisaria delle ossa lunghe; essa si produrrebbe rapidamente e in modo più netto che non con l'applicazione diretta dei raggi ultravioletti; e si manifesterebbe anche sull'apparizione rapida dei nuclei di ossificazione.

La calcificazione appare prima che la deformazione dell'estremità si sia modificata e più tardi di quello che non avvenga con l'applicazione diretta dei raggi ultravioletti.

La craniotabe guarirebbe più lentamente che coi raggi ultravioletti, perchè la sua azione si eserciterebbe forse meglio sulle ossa d'origine cartilaginea che su quelle di origine connettivale.

Meno evidente sarebbe invece l'azione dell'ergosterina irradiata sulle manifestazioni che accompagnano ordinariamente le deformazioni ossee e costituiscono la sindrome rachitica.

L'ergosterólo non avrebbe azione molto spiccata sulla ipotonia muscolare, che modificherebbe meno rapidamente e meno bene, che non l'applicazione diretta dei raggi ultravioletti. La flaccidità della muscolatura addominale non viene affatto modificata.

Anche per l'anemia, tutti gli AA. si accordano nel dire che l'azione dell'ergosterina irradiata è molto debole.

Lo stesso dicasi per la poliadenia e l'ipertrofia del tessuto linfatico che si accompagna al rachitismo.

Sembra che in taluni casi aumenti l'appetito e quindi il peso, diminuisca la traspirazione e migliori il sonno, sempre però in grado minore dell'applicazione diretta dei raggi ultravioletti.

Solo l'anemia non sarebbe influenzata (Vollmer).

I risultati positivi nell'uomo hanno dunque dimostrato fino ad ora, in modo certo, che l'ergosterina irradiata ha un'azione favorevole sul rachitismo o meglio sulla alterazione ossea del rachitismo. Tutte le altre azioni affermate sono state contrastate ed abbisognano ancora di conferma.

Per questa ragione, come fa osservare giustamente Kleinschmidt, sembra inopportuna la somministrazione che molti medici fanno dell'ergosterina in molti stati morbosi, dove prima erano usati i comuni ricostituenti; così in bambini con debolezza costituzionale, anemici, magri. L'ergosterina irradiata fu anche usata contro la carie dentaria (Blessing, Jacobson), contro l'eczema, e come mezzo profilattico contro le malattie infettive (Gehrt), essendo noto il rapporto esistente tra ipoavitaminosi e infezione. Gli studi fatti per sostituire nei bambini tubercolotici la diretta irradiazione solare, con la somministrazione per via orale dell'ergosterina irradiata hanno portato alla conclusione che se anche in alcuni bambini furono trovati occasionalmente dei miglioramenti (György), nella maggior parte sono stati osservati innanzitutto dei danni (Bamberger e Springer).

Bergmann pensa che vantaggi o danni dipendano sopratutto dalle dosi che si usano e ha emesso l'ipotesi, non suffragata però da fatti sperimentali, che nel trattamento dietetico dei tubercolosi, secondo Gerson, Sauerbruch e Hermannsdorfer, il fattore eminentemente salutare sia l'ergosterina contenuta nell'olio di fegato di merluzzo, usato per integrare la dieta.

Ma fino a che la questione non sia stata risolta non appare davvero opportuno che l'ergosterina irradiata venga data oggi indifferentemente in tutte quelle forme, in cui prima si dava l'olio di fegato di merluzzo il quale contiene, oltre il fattore antirachitico, molti altri principii attivi. Tanto più che nella letteratura molti lavori parlano oggi dei danni provati dopo la somministrazione del Vigantolo; danni rappresentati da manifestazioni generali come arresto e abbassamento del peso, perdita dell'appetito, malessere generale, impallidimento (Bamberger, Spranger, György, Feer, Wiemer). Descritte furono anche lesioni renali (Bamberger e Spranger, Adam, Hess, Langstein, György, Wiemer) il cui reperto anatomo patologico secondo Putchar potrebbe essere una calcificazione dei canalicoli renali e del tessuto connettivo.

Furono anche osservati occasionalmente vomiti, diarree, specialmente nei prematuri e neonati, molto verosimilmente in rapporto con il mezzo solvente: olio di paraffina, olio di sesamo (Wyskott, Aron, Nassau, Bahl, Rodecurt, Hess, Wieland.

Si potè anche osservare il vomito come manifestazione di una idiosincrasia (Ochsemus) così come fu osservata una ripetuta orticaria (Eöry).

Sono anche ricordati i casi di pigmentazione della pelle alle palme delle mani, alle ascelle (Rodecurt, Berhlm). Importanti sono anche le osservazioni di forti calcificazioni delle ossa in rapporto all'ipercalcemia, dovuta a lunga somministrazione di preparati ergosterinici irradiati (Wiskott, Wiemer).

Di molto interesse sono le ricerche di Hess e Lewis, le quali dimostrerebbero che tanto il Vigantolo come il preparato americano di ergosterina Acterol, possono produrre nei bambini una ipercalcemia fino a 17 mmgr. %. La somministrazione di 0,5-5 mmgr. di ergosterina al giorno, e anche di dosi più basse può portare in 50-80 giorni ad una notevole ipercalcemia, specialmente quando sono trattati con ergosterina bambini non rachitici. Questa ipercalcemia può rimanere qualche volta latente dal punto di vista clinico, ma qualche volta si manifesterebbe con sintomi che assomigliano a quelli, che si producono con alte dosi di soluzioni di paratiroide (perdita di peso, perdita d'appetito, segni di irritazione renale).

Non è ancora ben precisato poi quale importanza si debba dare dal punto di vista umano ai risultati dei lavori sperimentali condotti sugli animali, pubblicati in questi ultimi anni, specialmente dalla scuola nordica, che tendono a dimostrare la non completa innocuità dei preparati ergosterinici, e persino dell'olio di fegato di merluzzo. Già nel 1922 e 1924 Mouriquand e Michel pubblicarono delle ricerche su cavie, dalle quali appare che l'olio di fegato di merluzzo, in determinate condizioni può essere nocivo e nel 1925, Suzuki trovò che tale

olio può avere azione nociva sui ratti (degenerazione grassa del miocardio).

Negli stessi anni Tokasaki e Nakamya dall'olio di fegato di merluzzo isolarono una sostanza molto attiva, ricca di vitamina A. (Biosterina) e trovarono che sono necessari da gr. 0,000001 a 0,000015 di questa sostanza per assicurare lo sviluppo ai ratti bianchi, tenuti ad una dieta priva di vitamina A.

Essi trovarono che dosi più forti di biosterina portarono a morte gli animali di ricerca. La dose di gr. 0,01 (10.000 volte la dose minima) al giorno uccideva gli animali in 10 o 33 giorni. Questa quantità di biosterina (0,01) fu paragonata alla dose di 0,5 gr. al giorno di biosterina per un bambino di 6 kg. di peso che corrisponde a 1/2 kg. di olio di fegato di merluzzo al giorno. Nel 1924 Mellamby aveva avvertito che grandi quantità di olio di fegato di merluzzo producono nell'uomo fenomeni a carico del cuore (tachicardia e dolori cardiaci). Nel 1928 Malmberg trovò all'autopsia di 2 lattanti ai quali era stato dato olio di fegato di merluzzo nelle comuni dosi, alterazioni del miocardio da mettersi in rapporto con la terapia di detto olio. Azioni dannose su conigli, topi, cavie, furono descritte da Phannenstiel, Reyher, Walkhoff, Spinka, Herliz, Yundell, Wahl, dopo somministrazione di olio di fegato di merluzzo, Vigantolo (2 gocce per lungo tempo), latte irradiato, tuorlo d'uovo, Plasmon, burro irradiato.

Le lesioni che si possono dimostrare consistono in calcificazioni negli organi interni e alterazioni nefrotiche dei reni. In Italia i danni della colesterina irradiata furono messi in evidenza dal Vitetti nelle sue esperienze sui ratti, dalle quali risulta che tale sostanza non esercita alcun effetto nella rachitide sperimentale dei ratti; ma può divenire anche dannosa quando la colesterina sia irradiata a lungo. L'azione nociva si dimostra con l'aumento notevole della parte grassosa del midollo osseo.

Anche il Macchi avrebbe potuto osservare disturbi intestinali, astenia, inappetenza in bambini trattati con ergosterina irradiata.

I danni osservati dagli AA. con la somministrazione dell'ergosterina irradiata, attenendosi alle dosi prescritte non furono e non sono però tali da dover abbandonare questo medicamento, che quale fissatore del calcio pare arresti il processo rachitico delle ossa e ne determini la guarigione.

Il meccanismo d'azione della ergosterina irradiata è ancora del tutto ignoto e ancora discussa la sua identificazione con la vitamina D; infatti tale vitamina dovrebbe comportarsi molto diversamente da tutte le altre, che sono così sensibili a tutti gli agenti fisico chimici, e non sono attivabili dai raggi ultravioletti, e poco resistenti al calore.

Se la vitamina D, che si trova nei vegetali, (segale cornuta, alghe, lievito, funghi, farina di cereali) e in sostanze animali (carne, olio di fegato di merluzzo, latte, uova) dovesse essere la medesima che si estrae dalle colesterine, con processi fisico-chimici che distruggono ogni principio vivente, bisognerebbe pensare o che essa si comporti diversamente da ogni altra vitamina, o, come è più verosimile, che l'ergosterina non sia una vitamina, ma una sostanza, che sotto l'azione dei raggi ultravioletti acquisti proprietà biologiche speciali.

Alcune sostanze inerti appartenenti al regno minerale, come il manganese, il magnesio, il ferro, il calcio, e sopratutto il cloruro di magnesio dimostrano sotto l'azione dei raggi ultravioletti una attivabilità simile a quella della ergosterina.

E' stata emessa l'ipotesi che sotto la influenza dei raggi ultra-violetti l'ergosterina e le altre sostanze attivabili si comporterebbero come un condensatore che si carica; i raggi ultra-violetti produrrebbero delle manifestazioni nell'aggruppamento degli ioni elettrici, intorno al nucleo immutato della molecola, e queste modificazioni porterebbero un accumulo d'energia potenziale la cui scarica darebbe una modificazione umorale nell'organismo. In questa modificazione umorale starebbe il potere antirachitico della sostanza irradiata (Huguenin). Si tratta di una semplice ipotesi, che non riesce a svelare l'intimo meccanismo d'azione delle varie sostanze antirachitiche.

Le stesse modificazioni umorali potrebbero determinarsi nell'organismo sotto l'azione diretta dei raggi ultravioletti.

Clinicamente l'azione dell'ergosterina irradiata, come quella della ultravioletto-terapia diretta si traduce in un innalzamento del contenuto del calcio e del fosforo nel siero, in un arresto del processo rachitico e in una rapida ricalcificazione delle ossa.

Ora se noi prendiamo in considerazione le tappe fino ad ora percorse nella storia della terapia del rachitismo, dobbiamo pensare che in un punto almeno i tre rimedi fosforo, raggi ultravioletti e sostanze irradiate, si debbano corrispondere poichè non vi è dubbio che tanto il fosforo, quanto le irradiazioni, quanto l'ergosterina irradiata hanno un'azione favorevole sulla ricalcificazione delle ossa e sull'arresto del processo rachitico. È stato dimostrato, fin dalla prima esperienza del Wegner, che il fosforo in piccole dosi ha una indubbia azione favorevole sullo sviluppo della sostanza ossea; è indubbio anche che le stesse modificazioni (sebbene diverse per intensità e precocità) che si ottengono con la somministrazione di questo metallo, si possono ottenere con l'ultravioletterapia e con la somministrazione di sostanze irradiate; si può quindi ammettere che l'ultraviolettoterapia con le sostanze irradiate, attraverso processi di natura biochimica, possano mobilizzare il fosforo organico,

e che questo, come fosforo inorganico, possa agire favorendo la deposizione del Ca, e l'ossificazione.

L'abbandonare del tutto la cura a base di fosforo e la ultravioletterapia, dinanzi ai risultati ottenuti dall'ergosterina irradiata non sembra oggi giustificato.

Un problema che rimane poi ancora da risolvere è quello della profilassi del rachitismo; poichè accanto alle numerose statistiche di bambini rachitici guariti con i mezzi di cui abbiamo parlato, non esistono, o per lo meno non sono ancora altrettanto persuasive, statistiche che dimostrino, in seguito ad una di queste terapie, non essersi verificato rachitismo in un numero probativo di bambini, tenuti in un ambiente, e in condizioni di alimentazione, quali sono quelle che noi giudichiamo predispongano o addirittura rappresentino la causa del manifestarsi del rachitismo. Che il rachitismo nel senso clinico classico vada diminuendo non vi è dubbio, come non è dubbio ch'esso non si presenta che raramente sotto le forme gravissime, in cui si presentava ancora pochi anni fa; ma è anche vero che gravi o lievi o lievissime manifestazioni di rachitismo si possono ancora facilmente rilevare nella maggior parte dei bambini da 1 a 6 anni, specialmente negli allattati artificialmente. Quello che si può dire, è che, se non è stato ancora possibile identificare un medicamento atto ad una profilassi specifica di questa malattia, è stato però possibile ottenere, attraverso il miglioramento delle condizioni igieniche generali, attraverso l'adatta alimentazione dei lattanti e la sempre più diffusa sorveglianza sanitaria pediatrica, attraverso le cure specifiche, che il rachitismo si manifesti raramente in forma grave e che invece venga precocemente individuato e razionalmente curato.

BIBLIOGRAFIA.

KARELITZ. *Ergosterolo attivato nella cura del rachitismo.* Am. Journ. Diseas. of Childr., volume 36, dic. 1928.

L. SPOLVERINI. *L'azione eutrofica degli alimenti irradiati.* La Pediatria, nov. 1928; Rivista di Clinica Pediatrica, 1929.

ID. *Alimenti irradiati e rachitismo umano.* Archivio di Clinica Pediatrica, 1° gennaio 1928.

BAMBERGER u. SPRANGER. *Vigantol bei Tüberkul. Kindern.* Deutsch. Med. Woch., 1928, S. 1116.

FISCHT R. u. EPSTEIN. *Schwere Schädingungen von Kaninchen durch Vigantol.* Med. Klinik., 1929, S. 21.

GYÖRGY, PAUL. *Therapeutische Versuche mit bestrahltem Ergosterin.* Klin. Wochenschr., S. 580. 1927.

HESS u. LEWIS. S. M. *Clinical experience with irradiated ergosterol.* Journ. of Am. Med. Ass., 1928, p. 783.

HEUBNER W. *Antirachitische Wirkung bestrahlten Ergosterine.* Klin. Woch., S. 407, 1929.

HOTTINGER A. *Untersuchungen über bestrahltes Ergosterin.* Deut. Med. Woch., S. 1549, 1927.

C. BENTIVOGLIO. *L'azione eutrofica degli alimenti irradiati.* Archivio di Clinica Pediatrica, aprile 1928.

HOTTINGER. *Latte irradiato nella terapia del rachitismo.* Schweiz Med. Woch., 1926, 8.

HAMAN SADAYUKI. *Fotoattivazione della vitamina A, colesterina, grasso ed altre sostanze per azione dei raggi ultravioletti.* Proc. of the Acad. Tokio, 2-2-1926.

BECK. *Sulla presunta fotoattività di sostanze irradiate.* Monatsschrift f. Kinderheil., 1928.

ID. *Il trattamento del rachitismo con l'ergosterina irradiata.* Wiener Klin. Woch., 1929.

L. KOSTYAL. *Il trattamento del rachitismo con i preparati di ergosterina.* Jahrbuch f. Kinderheilkunde, febbraio 1930.

W. PFANNENSTIEL. *Ulteriori ricerche sulle azioni dell'ergosterina irradiata negli animali.* Hyg. Inst. Univ. Münster, n. 26, S. 1113, 1928.

A. F. HEN. *Potere antirachitico della colesterina e dell'ergosterolo irradiati.* The Journ. of Med. Assoc., agosto 1927.

LEVY, SOLAL-CHRITAN e DALSACE. *Azione preventiva dell'olio e delle farine irradiate sul rachitismo sperimentale.* Société de pathologie comparée, 8 giugno 1926.

WISKOTT, ULLRICH, HEUTSCHEL, PFANNDLER, HUSLER. *Il trattamento del rachitismo per mezzo dell'ergosterolo irradiato.* Société de Médicine et de Pédiatrie de Munich, 18 luglio 1928.

A. HOTTINGER. *Sopra l'azione dell'ergosterina irradiata sul rachitismo.* Univ. Kinderkl. Basel, Naturwessenschaft, S. 484, 1928.

J. AENGENEDUT. *La lotta contro il rachitismo a mezzo del vigantolo.* Münch. Med. Woch., Ig. n. 26, S. 1112-1113.

A. B. MARFAN e M.me ODIER DOLLFUSS. *Tentativo di trattamento del rachitismo e della tetania con ergosterolo irradiato.* Soc. de Pédiatrie, 20 marzo 1928.

A. B. MARFAN. *Rachitismo e olio di fegato di merluzzo.* La Presse Médicale, 1925, n. 11.

BEUMER. *Sopra la provenienza degli insaponificabili e relativi rapporti col problema del rachitismo.* Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 1924, vol. 37.

GYÖRGY e VOLLMER. *Sull'influenza di ormoni nel rachitismo.* Monatschrift f. Kinderheilkunde, agosto 1924.

KRAMER. *Rachitismo nei bambini curati con latte irradiato.* Am. Journ. Dis. Childr., ag. 1926.

HESS. *Sul conferimento di proprietà antirachitiche e liquidi e piante inattivi per mezzo dei raggi ultravioletti.* Zeitschrift f. Kinderheilk., 1925.

LUCIEN DE GENNES. *La cura del rachitismo con gli alimenti irradiati.* La Presse Médicale, n. 72, 1925.

BLOCH, FABER. *La luce e il fattore antirachitico.* Am. Journ. of Diseas. of Childr., ott. 1925.

DARLENCOURT. *L'azione eutrofica dei raggi ultravioletti nei bambini rachitici.* Soc. de Pédiatrie, nov. 1923.

DEZKWITZ. Deut. Mediz. Woch., n. 47, 1927.

MARFAN. Clinique des maladies de la première enfance, vol. II, 1928.

RONDONI. *Elementi di biochimica*, 1926.

SHERMANN e PAPPENHEIMER. Journ. of Exper. Med., vol. 34, 1921.

HULDSCHINSKY. Deutsche Mediz. Woch., 1919.
MAC CALLUM. Journ. of Biolog. Chem., vol. 50, 1922.
GENOVESE e ZALLOCCO. *Ergosterina irradiata e rachitismo.* La Pediatria, 1928, n. 17.
A. F. HESS e A. WINDAUS. *Development of marked activity in ergosterol following ultra violet irradiation.* Proc. of the Soc. of exper. Biol. and Med., febbraio 1927.
HESS, WEINSTOCK, SHERMANN. *Activité antirachitique de la colesterine et de la phytostérine irradiées.* Journ. of Biol. Chem., 1927, p. 145.
HUME, MAC LEAN, SUNTH. *Teneur de la graisse de levure en vitamine D avant et après irradiation.* Chem. and Ind., 1927; Brach. Journ., 1927, p. 362.
W. LASCH e A. BEHRENS. *Ueber die Wirkung des Ergosterin auf die Rachitis.* Deutsche Med. Woch., 9 sett. 1927.
ROSENHEIM e T. A. WEBSTER. *Rickets and Cholesterol.* Lancet, 16 maggio 1925. *The antirachitic profecties of irradiated sterols.* Bioch. Journ., 1926, p. 537.
STEENBOCK e BLACK. *Sur l'activation antirachitique de la cholestérine par les rayons ultraviolets.* Journ. Biol. Chem., 1924, p. 263.
TAURET. *Sur l'ergostérine.* Ann. de Clin. et de Phys., 1908, p. 313.
COZZOLINO. *Trattato di Pediatria,* vol. II.
ID. La Pediatria, 1° maggio 1924.
DELILLE e BERTRAND. Soc. Med. di Parigi, luglio 1928.
C. W. HERLITZ, I. JUNDELL e F. WAHLGREN. *Danni prodotti specialmente sul cuore dalla terapia antirachitica.* Acta Paediatrica, vol. VIII, fascicolo 4, 1929.
A. MACCHI. *Disturbi consecutivi alla ergosterinoterapia.* Soc. It. di Ped. Congresso di Varese, 9 giugno 1929.
S. VITETTI. *Contributo sperimentale sull'azione della colesterina irradiata nel rachitismo sperimentalle dei rattit.* La Pediatria, fasc. 7, 1929.
E. AGDUHR. Acta Paediatrica, fasc. 4, 1928.
NILS MALMBERG. *Mutamenti istologici, organici dopo la cura dell'olio di fegato di merluzzo.* Acta Paediatrica, 1928, vol. VVIII, 1930

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEI PELLEGRINI DI NAPOLI
Direttore: prof. NICOLA LONGO.

Un caso di aneurisma traumatico della femorale profonda.

Considerazioni cliniche ed istopatologiche

per il dott. GENNARO GUAZZIERI, assistente.

Se assai numerosi sono in verità i casi di aneurismi traumatici riferiti dagli Autori, specie durante il periodo bellico, quelli invece che riguardano la femorale profonda non sono di ordinaria osservazione clinica. I più recenti trattati di chirurgia ne parlano appena e, per quanto avessi potuto e saputo riscontrare, anche nella letteratura, non mi è riuscito di trovarne che pochissimi casi.

Credo pertanto utile pubblicare questo da me osservato, non perchè risolva grandi problemi di chirurgia, ma perchè ritengo sia dovere di ogni chirurgo concorrere ad accrescere la casuistica di questa rara lesione, sia dal punto di vista diagnostico che operativo.

La sera del 31-7-1929 venne ricoverato nell'Ospedale dei « Pellegrini », Z. Roberto, di anni 44, per due ferite d'arma da fuoco (rivoltella), a solo forame di entrata, l'una al nono spazio intercostale sinistro, sull'ascellare media, l'altra alla regione antero-esterna della coscia dello stesso lato, al disotto della piega dell'inguine. L'infermo non presentava nulla a carico dell'addome e del rene, nè alcun segno di anemia acuta.

Assodato mediante opportuni sbrigliamenti che la ferita addominale non era penetrante in cavità, si medicarono entrambi le lesioni come di regola.

Dalle radiografie i proiettili risultarono situati, l'uno nella massa dei muscoli lombari, l'altro nel terzo medio nella regione posteriore della coscia, in vicinanza della diafisi femorale.

Il decorso, nei primi giorni, fu perfettamente normale.

Dopo tre settimane però, comparve a circa quattro dita al disotto dell'arcata di Falloppio, all'apice del triangolo di Scarpa, un po' lateralmente al decorso dei vasi femorali, una tumefazione indolente, a limiti imprecisi, a superficie liscia, di consistenza duro-elastica, che andò rapidamente assumendo la grandezza di un mandarino, animata da una espansione sincrona al polso della radiale, con un fremito leggero, intermittente, ed un soffio ben chiaro sistolico, avente il massimo d'intensità a quattro dita al disotto della piega dell'inguine. La pressione a monte della tumefazione modificava leggermente i sintomi rilevati. Si percepiva, alquanto diminuito d'intensità, il polso alla pedidia, nè vi era un netto ritardo di esso in confronto al battito della radiale. A carico della gamba esisteva una lieve ectasia venosa e l'ammalato affermava di

avvertire, più o meno diffuso a tutto l'arto, una sensazione di intorpidimento o di stanchezza.

La diagnosi di aneurisma traumatico era evidente e per la sede della tumefazione e per una poco netta modificazione del polso alla pedidia, si poteva anche, con molta probabilità, localizzarlo sulla femorale profonda, a poca distanza dalla sua origine.

Si decise pertanto l'intervento operativo che fu eseguito il 27-8-1929 dal direttore prof. Longo, e da me coadiuvato.

Narcosi etereo-cloroformica.

Con un'incisione leggermente concava in dentro, che partendo due dita al disotto della metà dell'arcata di Falloppio raggiunge in basso quasi l'anello del terzo adduttore, si disegna un grande lembo cutaneo, che, scollato, mette a nudo tutta la regione interessata.

Si isola in alto poco al disotto del ponte di Poupart l'arteria femorale e si passa al disotto di essa un'ansa di seta, per poter praticare, al momento opportuno, l'emostasi temporanea.

Seguendo l'arteria femorale, si arriva al punto di distacco della femorale profonda, notevolmente sviluppata e si vede nettamente che la sacca aneurismatica trae origine da quest'ultima, a circa due centimetri dal suo inizio.

Per via smussa si tenta l'isolamento di essa dai tessuti circostanti, ai quali però aderisce così intimamente, da essere ad un certo punto costretti ad aprirla. Si trova così una cavità della grandezza di un'arancia con numerosi grumi sanguigni più o meno aderenti alle pareti; mentre si procede all'asportazione di essi, si ha una imponente emorragia, per quanto la femorale primitiva, mantenuta sospesa dall'assistente, non presenti alcuna pulsazione, il che dimostra come la circolazione collaterale sia largamente ristabilita.

Con l'indice introdotto nella sacca si arresta l'emorragia e, dopo aver isolato l'arteria a valle dell'aneurisma, si applica su di essa un grosso klemmer. Tolto il dito non si ha più fuoriuscita di sangue. Sostituzione del klemmer con legatura in seta, altro laccio poco più in là del punto di origine della femorale profonda ed asportazione, per quanto è possibile, della sacca aneurismatica, cosa che riesce abbastanza difficoltosa. Accurata pulizia ed emostasi della ferita.

Tolto il laccio dalla femorale primitiva, il vaso riprende la sua normale pulsazione, senza che si abbiano altre fonti di emorragie. Sutura a strati della ferita, lasciando nel punto più declive un grosso drenaggio.

Il decorso post-operatorio fu perfettamente normale.

L'ammalato dopo circa tre settimane dall'intervento operativo, completamente guarito, lasciò l'ospedale.

I pezzi, prelevati in vari punti della parete aneurismatica, furono colorati con ematossilina ed eosina, Van Gieson e col metodo di Weighert per la colorazione delle fibre elastiche. L'esame istologico di essi fece osservare un connettivo più o meno compatto, con nuclei rotondeggianti il più spesso, talvolta allungati e bastoncinformi, e alquanto infiltrato di elementi infiammatori, a prevalenza polinucleati. Nei preparati ottenuti col Weighert si osservava una larga rete di fibre elastiche, in tratti più, in tratti meno abbondante, disposte irregolarmente, senza alcuna connessione fra di loro. Qua e là si vedeva qualche vaso neoformato.

La disposizione dello strato più interno dava una lontana apparenza di una parete vasale.

Gli aneurismi traumatici della femorale profonda sono assai rari.

Per la sua situazione infatti, per il suo calibro di solito non molto rilevante, per l'essere protetta da potenti masse muscolari, e, da un lato, anche dalla diafisi del femore, l'arteria femorale profonda sfugge il più delle volte agli agenti traumatizzanti e la sua lesione, da sola o in unione con altre, è assai difficile, a meno che non si verifichino quelle vaste distruzioni, in cui purtroppo, tutti i vari tessuti dell'arto sono più o meno compromessi.

Ancor più raro, quindi diventa l'aneurisma traumatico di essa, rarità che più ci colpisce se consideriamo la discreta frequenza con la quale la femorale superficiale, dà il suo contributo a questo genere di lesioni. Franz infatti, nelle ferite dei soli tessuti molli della coscia, con lesioni vasali alle quali seguirebbero poi le formazioni aneurismatiche arteriose o artero-venose, ci dà una percentuale del 7 % per la femorale superficiale senza riportare nessun caso per la femorale profonda.

Dal 1906, in cui Rotter, per il primo, riportò un caso di aneurisma traumatico della femorale profonda, guarito con la estirpazione della sacca, bisogna arrivare al periodo doloroso della Guerra Europea, per trovarne qualche altro.

Fasano ne operò con successo una della grandezza di una testa di feto, a distanza di 24 giorni dalla lesione dell'arteria, per ferita da proiettile Shrapnel.

Donati intervenne in terza giornata dal trauma (ferita da arma da fuoco) per un ematoma pulsante, che aveva come punto di partenza la femorale profonda. Gazamian estirpò con successo un aneurisma artero-venoso dei vasi femorali profondi.

Desgouttes, nel 1918, per un aneurisma traumatico sviluppatosi nel triangolo di Scarpa, allacciò in un primo momento la femorale superficiale, avendo avuto l'impressione che la sacca fosse consecutiva ad una ferita di quest'arteria, ma dovette più tardi nuovamente intervenire, perchè i disturbi continuavano, essendo la lesione sulla femorale profonda.

Perrucci, in ultimo, riferì al congresso italiano di chirurgia del 1923, un caso in cui vi era aneurisma traumatico per ferita da colpo di pugnale, della femorale superficiale e profonda, ed in cui intervenne al venticinquesimo giorno, allacciando entrambe le arterie.

Il nostro caso quindi rappresenta uno dei pochi fino ad oggi pubblicato.

Farò in ultimo, un po' più dettagliatamente alcune osservazioni sulla patogenesi ed istologia patologica di questo genere di lesioni, date le numerose discussioni che oggi suscita questo argomento, e dirò prima qualche parola sulla loro sintomatologia.

Come giustamente fa osservare Mocquet, gli aneurismi della coscia, di qualunque natura essi siano, sono in generale assai facili a diagnosticarsi. I sintomi propri di qualunque aneurisma (tumefazione, pulsazione alla vista ed al tatto, fremito e soffio, entrambi sincroni alla sistole cardiaca, eventuale presenza di dolori e disturbi nevralgici e di circolo), sono in essi assai nettamente riscontrabili. Difficile invece, la diagnosi di sede, dire cioè se essi risiedono sul tronco principale della femorale, oppure su una delle collaterali, specie se topograficamente il tumore è sviluppato lungo il tragitto dell'arteria principale dell'arto.

Alcune volte la palpazione può venire in aiuto, come nel caso di Letonneur e Chaissagnac, in cui la possibilità di poter seguire un cordone arterioso della femorale fin sulla sacca, fece fare con sicurezza la diagnosi di aneurisma della femorale superficiale. Assai più spesso però, come facilmente si comprende, è un criterio di frequenza insieme con l'esistenza o meno di un ritardo del polso sulla pedidia, quello che ci guida nel formulare un giudizio diagnostico. Nel nostro caso infatti, più che la sede della tumefazione, situata alquanto lateralmente al percorso della femorale, la diagnosi fu possibile, per la mancanza o quasi di ogni modificazione del battito della pedidia il che dimostrava che la circolazione dell'arto non aveva subìto alcun ritardo per la presenza della sacca aneurismatica per quanto discretamente voluminosa.

La mancanza di *thrill* e di soffio netto, continuo con rinforzo sistolico, faceva escludere la possibilità di un aneurisma artero-venoso.

Non era il caso di pensare, nel mio malato ad eventuali disturbi di circolazione nell'arto dopo l'operazione. Anche nell'allacciatura della femorale primitiva ormai tutti gli Autori sono d'accordo nel riconoscere l'assoluta capacità di nutrizione dell'arto, dopo la legatura, per opera di un circolo collaterale facile a svilupparsi, e di questo ce ne potemmo convincere noi stessi, durante l'atto operativo, per l'emorragia verificatasi all'apertura della sacca aneurismatica, pur essendo il tronco della femorale temporaneamente impermeabile, emorragia che si frenò soltanto quando fu possibile pinzettare la femorale profonda, di là dalla dilatazione aneurismatica, dimostrando evidentemente che la causa di essa era l'esistenza di una circolazione di ritorno già formata, e non l'eventuale sbocco di qualche arteria collaterale sulle pareti dell'aneurisma. È appunto in base a questa circolazione di ritorno che Henle e Coenen, nei casi di allacciatura dell'arteria principale di un arto, vennero alla conclusione che nessuna cangrena era da temersi, quando si aveva fuoriuscita di sangue dell'estremità periferica dell'arteria lesa.

Un punto sul quale non si è ancora raggiunto l'accordo completo dei chirurgi, è quello che si riferisce al trattamento dei falsi aneurismi, se debba cioè preferirsi la legatura semplice o l'estirpazione della sacca e se, per queste due operazioni, vi siano dei casi speciali, in cui si debba dare la preferenza all'una o all'altra di esse.

Per quanto, nel 1919, Purpura abbia riferito cinque casi di aneurisma traumatico trattati efficacemente con la semplice legatura dell'arteria, a monte ed a valle della sacca aneurismatica, e consigli di limitarsi spesso a tale trattamento per non arrecare lesioni notevoli ed anche gravi ai tessuti vicini, noi siamo di avviso, con la maggioranza degli Autori, il Pascale fra i primi, che l'estirpazione della sacca debba essere il metodo di scelta, come quello che dà i migliori risultati, sia per quanto riguarda la percentuale delle guarigioni stabili, sia perchè espone più difficilmente al periodo delle embolie, della cangrena (Delbet, Ceci, D'Este, ecc.), ed alle emorragie secondarie. Di più, oltre che ad eliminare la causa di recidive, data specialmente dall'esistenza di collaterali alimentanti l'aneurisma, e di processi infiammatori che possono svilupparsi a carico delle pareti e del contenuto della sacca in via di organizzazione, l'estirpazione sopprime anche tutti gli eventuali disturbi circolatori e nervosi prodotti dalla lesione (Putzu).

Queste furono anche le conclusioni della *Conferenza chirurgica interalleata del 1918.*

La legatura perciò sarà solo giustificata per quei casi in cui peculiari contingenze possono obbligare a contentarci di essa.

***

Ed ora brevi cenni sulla patogenesi ed istologia patologica degli aneurismi traumatici in genere.

Quando un'arteria di un certo calibro è ferita, il sangue viene direttamente all'esterno,

nel caso che la lesione alle parti molli sia piuttosto vasta ed i piani sovrastanti abbiano conservato il loro parallelismo; ma, se, come il più delle volte accade nelle ferite da arma da fuoco, la lesione cutanea è assai stretta e l'arteria profonda, lo spostamento dei piani muscolari impedisce una profusa emorragia verso l'esterno. Il sangue allora, fuoriuscendo ugualmente dal vaso, si raccoglie intorno all'arteria, scavandosi una cavità nei tessuti circostanti. Altre volte invece la piccola ferita vasale, occlusa in un primo momento da un coagulo, cede secondariamente per rammollimento di esso o per aumento della pressione endovasale ed il sangue viene così ugualmente a versarsi fra i tessuti. Nel primo caso si parlerà di *ematoma periarterioso primitivo*, nel secondo invece di *ematoma periarterioso secondario*.

Senza dilungarci nel ripetere come oggi, riprendendo le idee dello Scarpa, non si ammetta più alcuna differenza anatomica fra l'aneurisma vero e quello spurió o falso e tacendo ugualmente le diverse classificazioni, che in vari momenti, secondo della teoria dominante, sono state emesse a proposito di essi, accenneremo soltanto alle due opinioni oggi sostenute per stabilire come avvenga la trasformazione dell'ematoma periarterioso in aneurisma falso e quale sia la genesi dei tessuti che verranno a costituirlo.

Seguendo la classificazione di Banti, il quale negli aneurismi ammette una duplice origine della sacca, *parietale*, cioè con punto di partenza dalla parete vasale, e *periarteriosa*, molti Autori hanno sostenuto e sostengono tuttora che l'*aneurisma metaemorragico* (l'*antico aneurisma falso traumatico*), si formi per una graduale trasformazione ed individualizzazione, a spese del connettivo circostante, dell'ematoma periarterioso, in un periodo di tempo che si aggira intorno alle sei settimane (Sencert, Lusena).

Per Pianese, Forgue, De Gaetano, Wieting, Dominici, Begouin, Lusena, Màggio ed altri, le pareti dell'aneurisma falso sono fatte così di un tessuto connettivo neoformato, prodotto dalla reazione dei tessuti circostanti al sangue stravasato e per Putzu infatti ne sarebbe una prova la frequenza con la quale, all'atto operativo, lo si trova fortemente aderente ai tessuti vicini, così come nel nostro caso, a differenza di quanto ci accadde di vedere negli aneurismi veri, di origine certamente parietale. Sono appunto queste aderenze che, oltre a spiegare le sofferenze per compressioni nervose, i disturbi di circolo, per azione sui vasi vicini, e le alterazioni atrofiche e degenerative dei muscoli, giustificano a volte l'impossibilità di isolare ed asportare la sacca aneurismatica, obbligando il chirurgo a contentarsi a volte della semplice allacciatura.

Più recentemente invece Makins, Negroni, Fedeli, Castiglioni, hanno emesso e sostenuto l'ipotesi che anche la sacca degli aneurismi metaemorragici deriverebbe dalla parete vasale per il riassorbimento dello strato più esterno del sangue versato fuori dell'arteria e coagulato in toto (*strato dei coaguli rossi primitivi*), e sostituzione dello strato fibrinoso (*strato dei coaguli bianchi*), che si forma alla faccia interna del coagulo sanguigno, per il rallentamento della circolazione alla periferia dell'ematoma e per la scabrezza del primo strato, con un tessuto connettivo, che si origina dall'intima, media ed avventizia dell'arteria nel punto leso, e penetra nello strato fibrinoso, specie d'impalcatura, che dirige e guida la proliferazione connettivale. Contemporaneamente l'endotelio vasale, partendo dai margini della lesione di continuo dell'arteria lesa, andrebbe a tappezzare la superficie interna della parete aneurismatica che si va man mano formando.

Questo modo di formazione spiegherebbe la facilità ammessa da Negroni con la quale le pareti dell'aneurisma si dissociano dai tessuti circostanti, la presenza di un colletto ed il volume più piccolo del primitivo ematoma.

È ben difficile poter dire quale possa essere l'ipotesi più giusta, poichè l'impossibilità o quasi di poter ottenere sperimentalmente degli aneurismi traumatici, per quanto molti Autori abbiano cercato di farlo, ci toglie purtroppo la via più facile per giungere alla soluzione del problema.

Per le difficoltà presentatesi nell'isolamento della sacca, per la presenza nell'interno di essa di numerosi grumi sanguigni facilmente distaccabili, e ancor più per la proliferazione del connettivo dall'esterno all'interno, che procede di pari passo sia nei punti più vicini dell'arteria sia sul più lontano di essa, come sempre ho potuto riscontrare nei miei preparati, a me sembra che la parete aneurismatica sia fatta soltanto di tessuto connettivo di nuova formazione, di origine parietale. Anche lo strato più interno che ad un piccolo ingrandimento sembra costituito da cellule endoteliali, osservato più attentamente, con una lente più forte, risulta invece formato di comuni istiociti, appiattiti, per la pressione eccentrica del sangue circolante.

Lo studio di un sol caso è però troppo poca cosa per poter emettere un esatto giudizio sull'argomento.

Come in tanti altri problemi di patologia, anche qui sarebbe forse più giusto non essere del tutto esclusivisti ed ammettere una attività proliferativa capace di sostituire l'antico coagulo fibrinoso, sia nel connettivo periarteriale preesistente, sia nelle stesse tuniche vasali.

RIASSUNTO.

L'A., a proposito di un caso di aneurisma traumatico della femorale profonda, da lui osservato, fa alcune considerazioni cliniche su questa rara lesione vasale e sulla istogenesi degli aneurismi traumatici in genere.

BIBLIOGRAFIA.

BANTI. *Anatomia patologica.* Società Editrice Libraria, Milano, 1907.
BEGOUIN. *Compendio di patologia chirurgica.* Vallardi, Milano, 1920.
BOLOGNESI. La chirurgia degli organi di movimento, 1919.
BURCI. *Atti della Società Toscana di scienze naturali,* 1890.
CASTIGLIONE. La Clinica chirurgica, 1926.
Conferenza interalleata, 1917-1918.
DE GAETANO. *Relazione al Congresso della Società Italiana di Chirurgia,* 1922.
DELBET e MOCQUOT. In LE DENTU et DELBET. Paris, 1911.
DESGOUTTES. Lyon Chirurgical, pag. 164-171, 1919.
DOMINICI. Pathologica, 1913.
DONATI. La chirurgia degli organi di movimento, 1917.
FASANO. La Clinica chirurgica, 1920.
FEDELI. *Archivio Italiano di Chirurgia,* 1927.
FORGUE. *Patologia chirurgica.* Soc. Ed. Libraria, Milano, 1924.
LUSENA. *Traumatologia Clinica.* U.T.E.T., 1926.
MAGGIO. *Annali Italiani di Chirurgia,* 1930.
MAKINS. Brit. Journal of Surg., 1916.
MORESTIN. Bull. Soc. Anat. de Paris, 1901.
MORONE. La chirurgia degli organi di movimento, 1919.
MONOD et VANVERTS. Revue de Chir., 1910.
NASETTI. Lo Sperimentale, 1914.
NEGRONI. L'Ospedale Maggiore, 1918.
PASCALE. La Riforma Medica, 1907.
PERRUCCI. *Comunicazione al Congresso Italiano di Chirurgia.* Roma, 1923.
PIANESE. *Elementi di Anatomia patologica.* Napoli, 1923.
PURPURA. Archivio Italiano di Chirurgia, 1923.
PUTZU. La Chirurgia degli Organi di movimento, 1920.
RAZZABONI. *Processo di guarigione delle lesioni traumatiche delle arterie.* Zanichelli, Bologna, 1910.
ROTTER. Centralblatt f. Chirurgie, 1906.
SERGI. *Archivio Italiano di Chirurgia,* 1930.
VANZETTI. *Anatomia Patologica. Sistema circolatorio.* In FOÀ. U.T.E.T., Torino, 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

SECREZIONI INTERNE.

Recenti progressi nelle nozioni sulle secrezioni interne.

(E. VOGT. *Medizin. Klinik,* n. 20, 1930).

Gli ormoni ovarici vengono oggi preparati allo stato attivo, le nuove preparazioni sostituiscono quasi del tutto quelle vecchie, in gran parte inattive. Nuovi preparati molto attivi sono il « Progynon », l'« Owowop », il « Hormovar ». Essi dànno buoni risultati nella amenorrea e sterilità da ipoovarismo: risultati ancora incerti si ottengono nelle forme di sterilità secondaria, risultati negativi nella amenorrea primaria associata ad ipoplasia di tutti gli organi genitali ed infantilismo uterino. I migliori risultati terapeutici con gli ormoni sessuali femminili si ottengono nei disturbi del climaterio naturale e nel climaterio precoce. La cura va protratta per 4-6 settimane, dopo un intervallo di 2-4 settimane si ripete la cura, e così per 3-4 volte di seguito. Nei casi leggeri o medi si somministrano 3-4 compresse per settimana, nei casi gravi 1-2 compresse al giorno. Nei casi molto gravi si ricorre anche a salassi, a cure diaforetiche (2 volte la settimana), e alla somministrazione di valeriana, bromo, calcio, luminal, ecc. In casi di castrazione operatoria o da Roentgen si inietta il «Progynon» nei muscoli (1 cmc. 2-3 volte la settimana) oltre a somministrarlo per bocca, fino a scomparsa dei disturbi. Sembra che anche nella cura delle artropatie del climaterio si ottengano buoni risultati dai nuovi ormoni ovarici.

L'osteomalacia è in rapporto con un disturbo dell'attività dell'ovaio; l'iperfunzione ovarica determina una eccitazione riflessa dei vasodilatatori delle ossa, quindi una iperemia da stasi con riassorbimento di sostanza ossea. La castrazione guarisce di solito la malattia: alla castrazione operativa è preferibile quella con i raggi Roentgen. Buoni risultati si sono però ottenuti anche con la somministrazione di adrenalina (durante 14 giorni 2 iniezioni di 1 cmc. la settimana; al caso ripetere la cura dopo 4-6 settimane) o di ipofisina, risultati non inferiori si raggiungono però anche con i preparati vitaminici, specialmente con l'olio di fegato di merluzzo e le preparazioni di ergosterina irradiata.

La tetania dell'adulto si osserva prevalentemente nelle donne gravide, nella seconda metà della gravidanza. La si cura con la somministrazione orale o parenterale di paratiroidina (iniezione di paratiroidina Collip o Paraglandolo); è consigliabile tentare in tutti i casi di tetania anche l'iniezione endovenosa di calcio: iniezioni endovenose di 1 g. di cloruro di cal-

cio hanno spesso una azione terapeutica che si protrae per 4-6 settimane.

L'insulina viene usata con efficacia, oltre che nel diabete, nelle menorragie di carattere funzionale, specialmente in quelle della pubertà e del climaterio. Non appena si manifesta il carattere patologico della menorragia, si iniettano 40-60 unità al giorno: 20-30 prima dei pasti del mezzogiorno e della sera. Si mantiene questa dose per 2-3 giorni, fino a che diminuisca l'intensità dell'emorragia.

Il diabete che insorge nella gravidanza è un diabete pancreatico puro: in una interessante osservazione si constatò che i sintomi si andavano sempre più attenuando, a mano a mano che cresceva il feto: evidentemente l'ormone pancreatico fetale facendosi sempre più abbondante sostituiva efficacemente quello difettoso della madre, attuando una opoterapia ideale perchè continuativa. Subito dopo il parto, venendo a mancare l'ormone pancreatico fetale all'organismo materno, la glicemia aumentò di nuovo notevolmente. Si dimostrano così stretti rapporti ormonici tra madre e feto: gli ormoni evidentemente oltrepassano senza difficoltà la barriera placentare.

L'opoterapia tiroidea, associata alla cura dietetica, dà buoni risultati nella adiposità endogena. Il decorso normale della gravidanza presuppone un contenuto normale di tiroidina nel sangue; gli aborti abituali sono talvolta in rapporto con l'ipotiroidismo, si ottengono allora ottimi risultati dalla somministrazione di piccole dosi di preparati tiroidei.

L'applicazione clinica dei preparati di lobo anteriore di ipofisi dà risultati promettenti; essi non consentono però ancora di trarre deduzioni conclusive. L. POLLITZER.

Sindrome di irsutismo determinata da un tumore surrenale.

(KIAZIM ISMAIL. *Presse Méd.*, n. 18, 1930).

L'A. narra di un bambino di 4 anni, che da un anno presentava comparsa di peli e sviluppo dei genitali esterni con frequenti erezioni. Venne ricoverato in ospedale per una crisi convulsiva e morì dopo poche ore. Autopsia: altezza cm. 92; torace cm. 65; peso kg. 20. Presenza di peli su tutto il corpo, anche nelle regioni ordinariamente glabre, e specialmente abbondanti al pube. Genitali esterni straordinariamente sviluppati. Inversione totale dei visceri con cuore a destra e fegato a sinistra.

Rene destro 130 gr. Rene sinistro 82 gr. Al di sopra del polo superiore dei due reni si trovano due masse ghiandolari degenerate. Noduli duri nerastri disseminati nei polmoni.

Esame istologico: tumore maligno di origine corticale, della ghiandola surrenale con metastasi polmonari.

La sindrome osservata in questo caso coincide con quella che Appert ha denominato « irsutismo » mettendola in relazione con alterazioni della corticale surrenale. La corticale ha azione antitossica e la sua insufficienza si manifesta con crisi convulsive.

I rapporti fra surrene e ghiandola genitale spiegano il resto della sindrome.

L'A. ritiene importante questo caso per due fatti: il sesso maschile (nei 17 casi di Appert si trattava di femmine) e l'inversione dei visceri. G. PACETTO.

Alterazioni ossee nell'iperparatiroidismo.

(E. L. COMPERE. *Surg. Gyn. and. Obst.*, 1930).

L'A. riporta un caso personale di una donna con lesioni a tipo osteomalacico multiple dello scheletro, in cui esisteva un adenoma paratiroideo. Con l'asportazione dell'adenoma la paziente migliorò notevolmente. L'A. ricorda altri 8 casi recenti della letteratura in cui l'estirpazione di adenomi tiroidei produsse generalmente un miglioramento notevolissimo dell'affezione schelestrica (ostite fibrosa, osteomalacia, osteite di Paget) fatti che dimostrano i rapporti esistenti fra una esagerata e alterata attività delle paratiroidi e la produzione di tale gruppo di malattie sistemiche delle ossa. V. GHIRON.

Reumatismo articolare cronico nei suoi rapporti con le turbe endocriniche e la costituzione.

(GANTENBERG. *Deut. Med. Woch.*, n. 45, 1930).

L'A. ricorda rapidamente gli AA. che in passato si sono occupati delle relazioni tra reumatismo articolare e disfunzione endocrina.

Nella maggior parte dei casi si tratta di artriti infettive; in un piccolo gruppo di essi, tuttavia, si hanno veri e propri disturbi del ricambio locali, con usura e invecchiamento precoce delle articolazioni.

Esamindando un gran numero di malati, l'A. ha notato che l'uomo è più colpito dal reumatismo cronico nel 5° e 6° decennio di vita, la donna nel 6°, in corrispondenza con la comparsa del climaterio; d'altra parte il primo inizio dei disturbi risale spesso al 2°-3° decennio; onde sembra che la funzione genitale — e nel suo nascere e nel suo tramontare — eserciti un'innegabile influenza sulle articolazioni.

In alcuni casi l'A. potè mettere in sicura evidenza l'esistenza di rapporti del reumatismo cronico con la disendocrinia.

Si tratta di artritici con disturbi della sfera ovarica, o di artritici con obesità ed eunucoidismo: tuttavia, anche in questi casi, non è agevole escludere l'importanza del fattore infettivo

In tutti i casi, infine, va tenuto conto del terreno costituzionale, predisponente; e lo stadio di questo fattore si ricollega a tutte le teorie sull'artritismo fiorite per merito specialmente degli AA. francesi: si noti infine la frequenza con cui si associa a questi reumatismi cronici la tubercolosi, senza però che si possa bene intendere il nesso che lega tra loro questi processi morbosi.

Terapeuticamente, l'organoterapia (tiroide, ecc.) è raccomandabile, perchè ha ottenuto discreti successi. Giovano in molti casi le applicazioni locali di paraffina e le irradiazioni articolari.

V. SERRA.

Errori nell'uso dell'insulina nei diabetici.

(MARCEL LABBÉ. *Presse Médicale*, n. 73, 1930).

Le regole terapeutiche per l'uso dell'insulina sono ignorate da un gran numero di pratici cosicchè il medicamento è molto spesso impiegato in modo errato e non dà i risultati attesi. Regna ancora, sull'azione dell'insulina, un certo numero di errori e di pregiudizi sui quali l'A. richiama l'attenzione:

1) Un buon numero di medici credono che l'insulina eserciti un'azione veramente curativa sul diabete e immaginano che una cura intensa possa guarire la malattia. Da tale errata convinzione sono portati a impiegare l'insulina trascurando la dietetica e lasciando che gli ammalati mangino a loro beneplacito. Gli ammalati generalmente abusano della libertà che è loro concessa ed il risultato della cura è nullo. In conseguenza di ciò tanto il medico che l'ammalato accusano di inefficacia l'insulina.

Questi insuccessi dipendono da errata conoscenza del modo d'agire dell'insulina. È stato molto discusso se l'insulina non abbia veramente alcuna azione curativa e sono noti dei casi in cui, in seguito alla cura insulinica, si è avuto un aumento della capacità di utilizzazione degli idrati di carbonio. In questi casi però quasi sempre, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, spontaneamente o in seguito ad una malattia intercorrente, l'evoluzione del diabete riprende il suo corso. Anche se nel corso di un lungo trattamento insulinico la capacità d'utilizzazione degli idrati di carbonio si eleva e si mantiene, ciò avviene in una proporzione che non permette di parlare di guarigione.

Altra causa di insuccesso è data dalle cure di insulina periodiche o dalle iniezioni fatte di tanto in tanto: in questi casi gli effetti della cura rimangono mascherati dagli scarti del regime dietitico.

La cura insulinica va dunque praticata continuatamente e va sempre associata ad un adatto regime dietetico che tenga conto sia della capacità residua individuale di utilizzazione degli idrati di carbonio sia della dose di insulina impiegata. (I saggi terapeutici hanno dimostrato che ogni unità di insulina permette l'utilizzazione di circa 1 gr., 1 gr. 25 di idrati di carbonio).

2) La necessità di continuare indefinitivamente il trattamento insulinico, e l'osservazione degli accidenti gravi e spesso mortali che intervengono quando si interrompe in un caso di diabete grave, il trattamento, hanno vivamente impressionato molti medici. Si ritiene che i soggetti che sono stati per un certo periodo trattati con insulina non possano sospendere la cura senza andare incontro a grave pericolo di morte per coma.

Tale convinzione è basata su di un errore di interpretazione. Molti malati affetti da diabete grave, molti diabetici che sono stati salvati dal coma, grazie all'insulina, non possono fare a meno dell'insulina senza ricadere nel coma e morire; ciò però non avviene perchè essi si sono abituati al medicamento, ma perchè il loro organismo, totalmente deficiente di secrezione pancreatica, non può fare a meno delle iniezioni di insulina; senza questo ormone essi sarebbero morti già da gran tempo, grazie ad esso essi continuano a vivere. Nel diabete con denutrizione e acidosi l'insulina è indispensabile; senza di essa è la morte.

3) Gli accidenti ipoglicemici, che talora provocano un quadro clinico impressionante, hanno ispirato ai malati e sopratutto ad alcuni medici un terrore esagerato. Ma gli accidenti ipoglicemici sono più impressionanti che pericolosi. Essi possono essere facilmente evitati o combattuti.

Basta praticare le iniezioni di insulina un quarto d'ora prima dei pasti e introdurre nell'alimentazione una quantità di idrati di carbonio che sia in proporzione con quella dell'insulina, cioè almeno tanti grammi di idrati di carbonio quante sono le unità di insulina iniettate; l'ingestione di idrati di carbonio o, nei casi gravi, l'iniezione endovenosa di glucosio, fanno scomparire, del resto, in pochi minuti ogni accidente ipoglicemico.

Per paura dell'ipoglicemia molti medici prescrivono ai loro malati una forte dose di zucchero, dopo ogni iniezione di insulina. I risultati ottenuti in questi casi sono cattivi: se l'insulina introdotta in queste condizioni combatte l'acidosi, non esercita però alcuna azione sull'iperglicemia, talora anzi ne risulta un aumento dell'iperglicemia e dei sintomi relativi ad essa. In questi casi è la scienza del medico, non l'insulina, che è fallita.

4) La necessità di ripetere quasi indefinitivamente le iniezioni di insulina è mal sopportata da molti malati, i quali molto volentieri accettano il consiglio del medico di sostituire l'insulina iniettabile con l'insulina buccale. Ora, l'esperienza dei diabetologi ha dimostrato che l'insulina per bocca è inattiva o almeno

infinitamente meno attiva dell'insulina iniettabile. I diabetici che sostituiscono all'insulina ipodermica l'insulina *per os*, si espongono quindi a gravi inconvenienti: riproduzione di uno stato di iperglicemia e d'acidosi, in alcuni casi anche evoluzione verso il coma. Circa l'insulina oleosa, introdotta in terapia allo scopo di ottenere un'azione più lenta e duratura, quindi più vicina allo stato fisiologico, l'A. ritiene che essa non offra i vantaggi sperati. C. Toscano.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Le immagini anulari del polmone.

(Ch. Roubier e M. Treppoz: *Journ. de Méd. de Lyon*, ottobre 1930).

Le immagini anulari del polmone, facilmente riconoscibili da un osservatore esperimentato e tanto più appariscenti quanto più il parenchima vicino è indenne da lesioni addensanti, sono di constatazione corrente nella tubercolosi polmonare.

Secondo le constatazioni degli AA., nella grande maggioranza, se non nella totalità dei casi, queste immagini corrispondono a perdite di sostanze nell'interno del parenchima polmonare. Nei casi dubbi, a causa dell'aspetto lineare e troppo poco opaco del contorno ed anche per il fatto che la chiarezza del centro della immagine non era maggiore di quella del parenchima periferico, l'autopsia, quando è stata praticata, ha dimostrato che si trattava sempre di caverne.

L'impiego sistematico della radiologia ha dimostrato la grande frequenza delle caverne mute; nella statistica degli AA. il 52 % delle caverne constatate radiologicamente non davano all'ascoltazione alcun segno che permettesse di pensare ad una escavazione intraparenchimatosa.

La caverna è spesso di formazione molto precoce nel corso dell'evoluzione della tubercolosi, ed in generale essa è visibile nello schermo molto prima di tradursi all'orecchio con i segni cavitari classici. Una immagine anulare isolata in un parenchima polmonare sensibilmente normale ha molte probabilità di essere silenziosa. Perchè la sindrome cavitaria classica possa prodursi occorrono delle lesioni di condensazione pericavitaria e la permeabilità del bronco di drenaggio. Quando questo è ostruito da masse caseose o da tessuto fibroso, i segni cavitari di ascoltazione fanno difetto.

La scomparsa in un malato di una immagine anulare ben constatata anteriormente, si osserva assai spesso. In questi casi non bisogna concludere che la caverna sia anatomicamente guarita, perchè in parecchi casi gli AA. hanno constatato la scomparsa e poi la riapparizione ulteriore esattamente nello stesso punto di una immagine anulare: la caverna non era dunque guarita, essa era soltanto divenuta in quel punto invisibile. In altri casi gli AA. hanno trovato all'autopsia una caverna che era stata constatata allo schermo per lungo tempo ed era poi, sugli ultimi anni di vita, divenuta invisibile. La guarigione anatomica delle caverne è certamente assai rara. C. Toscano.

Valore pratico delle ricerche spirometriche nella tubercolosi polmonare.

(H. Kutchera Aichbergen. *Wien. Klin. Woch.*, n. 37, 1930).

La capacità vitale consiste nella somma dell'aria respiratoria (aria mossa con l'inspirazione e l'espirazione normali), dell'aria di riserva (emessa nella espirazione forzata) e dell'aria complementare (introdotta con l'inspirazione forzata). La misurazione della capacità vitale fornisce un buon indizio sulla capacità funzionale del polmone. Nell'individuo sano la capacità vitale resta costante per lungo tempo, di solito dal 18° al 45° anno. Diminuzioni patologiche della capacità vitale si possono naturalmente valutare soltanto se si conosce la capacità vitale normale del rispettivo individuo; in caso diverso si deve ricorrere ad un confronto con i valori medi normali; basandosi sulla statura, si considereranno allora come patologiche soltanto diminuzioni che superino il 10%. Per calcolare la capacità vitale approssimativa, si moltiplica la statura in cm. per 25 nell'uomo, per 20 nella donna. Una diminuzione della capacità vitale può dipendere da affezioni della parete toracica e muscoli respiratori, da affezioni nello spazio pleurico, da alterazioni della circolazione polmonare e da malattie del parenchima del polmone.

Nella tubercolosi polmonare l'aria viene spostata da regioni più o meno estese del polmone in seguito all'essudazione, alla formazione di tubercoli, alla caseificazione e al raggrinzimento fibroso. Misurazioni della capacità vitale ci danno perciò un buon criterio sulla estensione del processo morboso. La misurazione dà risultati particolarmente utili quando si tratta di diagnosticare una tubercolosi iniziale in pazienti che hanno temperature subfebbrili, tosse cronica e solo lievi reperti obbiettivi. Questi sintomi indicano in alcuni casi l'esistenza di piccoli focolai tubercolari apicali, altre volte però sono in rapporto con un infiltrato precoce, la cui prognosi è molto più seria. Non di rado l'infiltrato precoce o la caverna che se ne forma sono situati tanto profondamente da sfuggire alla constatazione obbiettiva. La diagnosi si può fare con la radioscopia, più semplice e alla portata di tutti i medici è la misurazione della capacità vitale. In casi di infiltrato precoce la diminuzione

della capacità vitale è così considerevole (500-600 cmc. e più) da acquistare netto valore diagnostico anche in quei casi in cui non si conosce il valore normale e lo si deve calcolare in base alla statura. Invece piccoli focolai di tubercolosi polmonare e alterazioni indurative diminuiscono solo di poco la capacità vitale. Naturalmente nei casi con forte diminuzione della capacità vitale è lecito diagnosticare un infiltrato precoce soltanto dopo aver escluse le altre cause che potrebbero aver causato tale diminuzione (alterazioni patologiche della parete toracica, dei muscoli respiratori, della pleura, della circolazione).

Nella tubercolosi cronica dei polmoni la diminuzione della capacità vitale è relativamente scarsa, fino a che non compaiono alterazioni essudative. Per la constatazione di alterazioni croniche-indurative hanno perciò molto maggiore importanza l'esame clinico e radiologico che non l'esame spirometrico. Soltanto se esistono focolai polmonari miliari diminuisce notevolmente la capacità vitale. Ogni peggioramento in casi di tubercolosi cronica si accompagna a processi essudativi che diminuiscono molto la capacità vitale; ripetute misurazioni comparative della capacità vitale danno dunque criteri importantissimi sull'andamento della malattia, molto più importanti di quelli forniti dal peso o dalla temperatura del corpo, e perfino dal controllo radiologico.

Nei casi in cui si ricorre alla exeresi del frenico, al pneumotorace od alle operazioni toracoplastiche, la misurazione della capacità vitale fornisce utili criteri sulla estensione di superficie polmonare che è stata artificialmente sottratta alla funzione respiratoria.

R. POLLITZER.

La guarigione delle caverne.

(H. ULRICI. *Medizin. Klinik*, n. 23, 1930).

La guarigione della caverna tubercolare avviene per un processo di raggrinzimento concentrico e obliterazione totale. Una caverna che mantiene la sua cavità può bensì avere delle pareti liscie, in gran parte formate da tessuto cicatriziale connettivo, e fornire per lunghi periodi uno sputo privo di bacilli; di tanto in tanto però si possono ritrovare dei bacilli nello sputo; dopo periodi di latenza anche lunghi il processo si può riaccendere, e anatomo-patologicamente si possono riconoscere anche nelle caverne a pareti liscie, resti di tessuto di granulazione tubercolare. Si tratta in questi casi di guarigione apparente; si può osservare anche una transitoria scomparsa dell'espettorazione in climi molto asciutti come quello di alta montagna o del sud. Una caverna può obliterarsi spontaneamente (caverne precoci e caverne ematogene hanno pareti sottili, il tessuto circostante è spesso privo di focolai e completamente elastico), la guarigione spontanea è però un'eccezione. L'esistenza di una caverna si deve perciò considerare una indicazione assoluta alla collassoterapia. Senza perdere neppure un solo giorno si deve attuare questa terapia nelle caverne precoci, perchè in esse mancano le aderenze e perchè questi focolai precoci reagiscono di solito in modo eccellente al pneumotorace. Invece nelle caverne antiche e in quelle tardive esistono di regola aderenze, per lo più nei dintorni della caverna stessa. Quando si tratta solo di aderenze cordoniformi, si possono sezionare con la caustica endotoracica: operazione spesso tecnicamente non facile, ma priva di pericolo.

Se il processo distruttivo del polmone è stato così grande, da minacciare una retrazione pericolosa per gli organi mediastinici in seguito al raggrinzimento del polmone, anche dopo fatto il pneumotorace e dopo l'exeresi del frenico, è necessario trasformare il pneumotorace in un oleotorace, per mezzo di iodipina al 5 %. Si ottengono risultati buoni nelle cavità residue del lobo superiore.

Nei casi in cui non è possibile eseguire il pneumotorace per aderenze complete tra il polmone e la parete, si può cercare di ottenere un collasso con l'exeresi del frenico, con il piombaggio dopo la pneumolisi operativa o con la toracoplastica.

L'exeresi del frenico determina la paralisi del diaframma; essa dà buoni risultati nelle caverne del lobo inferiore, molto più di rado nelle caverne del lobo medio e superiore.

Grandi caverne del lobo superiore in cui non sia possibile il pneumotorace a causa di aderenze, rendono necessarie le operazioni più gravi: il piombaggio e la toracoplastica. Se le lesioni tubercolari sono limitate al lobo superiore, è da preferirsi il piombaggio dopo pneumolisi extrapleurica, perchè la toracoplastica deve per essere efficace, eliminare dalla respirazione anche in gran parte il lobo inferiore. Si deve dare la preferenza assoluta al piombaggio anche nei casi di lesioni dell'altro polmone tali da renderlo da solo insufficiente alla funzione respiratoria. È bene far precedere al piombaggio l'exeresi o almeno la sezione del frenico.

La toracoplastica infine è indicata nei casi in cui le lesioni si estendono al lobo medio o addirittura al lobo inferiore; anche alla toracoplastica si fa precedere l'exeresi del frenico. Se le lesioni sono limitate al lobo superiore, si resecano in un solo tempo le costole, dalla prima all'ottava. Si resecano invece in 2 tempi, fino all'11ª, se esistono caverne anche nel lobo medio o inferiore.

Neppure questi vasti interventi, anche se associati ad operazioni plastiche ausiliarie (resezione della 2ª-4ª costa, lateralmente od anteriormente) portano sempre al collasso completo le caverne molto grandi del lobo superiore, quando esse si estendono fino alla colonna vertebrale.

R. POLLITZER.

Affezioni glandolari intrapolmonari.

(GERHARTZ. *Med. Klin.*, n. 29, 1930).

Talora, nelle lastre del torace, si vedono delle piccole macchie oscure, a margini precisi, dense, a distanza l'una tra l'altra e press'a poco tutte della stessa grandezza: possono trovarsi tanto a destra (dove però sono più frequenti) che a sinistra, e anche bilateralmente. In base ad accurate ricerche, l'A. si è convinto che la disposizione di queste piccole multiple ombre segue in realtà uno schema ben ordinato e press'a poco uguale in tutti i casi: infatti sembra che esse si dispongano lungo semicerchi che percorrono dall'alto al basso, verticalmente il campo polmonare, ed abbiano per centro l'ilo.

A destra esse si trovano piuttosto in corrispondenza del polo inferiore dell'ilo, a sinistra del polo superiore e della regione paratracheale: le zone più periferiche e gli apici sono raramente presi.

L'A. non crede che si tratti di focolai primari (bisognerebbe allora ammettere la molteplicità di questi focolai!) e neppure di una tubercolosi disseminata a piccoli noduli (assai più fitta ed estesa).

D'altra parte è certo che i noduli hanno sede intrapolmonare: e la loro identica disposizione (indipendentemente dal loro numero) nei varii casi fa pensare che si tratti piuttosto dell'impegno di un sistema intrapolmonare, preformato, che più giungere sino all'ispessimento ed eventualmente fino alla calcificazione, che può avere rapporto colla tubercolosi ed anche con altre malattie.

L'A. ammette pertanto che si tratti di ispessimento della trama linfatica intrapolmonare, che ha rapporti con le glandole dell'ilo e paratracheali e si irradia seguendo il sistema dei vasi e dei bronchi. La sorgente dell'infezione è certo nell'ilo, come lo dimostrano l'aggruppamento delle ombre intorno a questo, la sempre maggior rarità delle ombre man mano che ci si allontana dall'ilo, i rapporti a volte evidenti tra l'ilo e le ombre, ecc., anche quando il focolaio primario è apicale, l'A. crede che l'infezione si diffonda prima all'ilo, poi alla trama.

Ma non soltanto la tubercolosi, anche malattie non specifiche sono capaci di dare quadri simili: naturalmente quando si tratta di tumori (linfosarcoma) i noduli sono più grossolani e densi, ma mantengono sempre la loro disposizione radiata.

Le forme di tubercolosi che si diffondono lungo codesta trama endopolmonare sono generalmente di natura benigna; sembra quasi che il tessuto linfatico abbia un'azione di difesa, e l'A. esclude che da esso possa scoppiare una re-infezione.

Concludendo, perciò questi ispessimenti glandolari intrapolmonari sono in genere di natura tubercolare, ma possono anche apparire in affezioni di altra natura. V. SERRA.

REGIMI ALIMENTARI.

Il regime declorurato, le sue indicazioni, la sua sorveglianza.

(J. CASTAIGNE, J. CHAUMERLIAC e R. VAURS. *Journ. Méd. français*, giugno 1930).

Gli studi recenti sugli accidenti gravi che possono essere provocati dalla declorurazione dell'organismo, non devono portare all'abbandono del regime declorurato, che conserva, al contrario, tutto il valore ad esso assegnato da Widal e Lemierre. Si può anzi dire che le conoscenze precise ora acquisite sulla ritenzione secca del cloro hanno aumentato le sue indicazioni nel corso delle nefriti. Ma se le indicazioni di questo regime sono numerose, gravi accidenti possono prodursi quando esso è prescritto senza necessità o prolungato oltre misura. Da ciò deriva la necessità di sorvegliare tale terapia. Le precauzioni da prendere variano secondo che si tratti di nefriti idropigene o di ritenzioni secche di cloro.

Le nefriti idropigene, siano acute o croniche, devono essere trattate con il regime declorurato. A questa regola non si deve fare alcuna eccezione, anche se in alcuni casi la terapia declorurante è inefficace.

Le difficoltà cominciano quando gli edemi sono scomparsi. Si deve continuare allora il regime declorurato? È questa una questione capitale, poichè se si continua il regime si possono provocare degli accidenti da declorurazione, se lo si sospende si possono vedere ricomparire gli edemi. Secondo gli AA. solo il laboratorio può dare una risposta. La determinazione della cloremia dovrà essere completata dalla misura dell'indice refrattometrico che dimostra se lo stato di idremia è normale o aumentato. Quando l'indice refrattometrico, dunque l'idremia, sarà divenuto normale e normale sarà la concentrazione del cloro nel plasma e nei globuli, si potrà sospendere il regime senza sale. Si esegue allora una prova prudente di ripresa del regime clorurato, aggiungendo allo studio delle variazioni concomitanti del peso e dell'idremia, quello delle variazioni del Cl globulare e plasmatico. Un soggetto definitivamente guarito reagisce al regime clorurato con una non-variazione o con una leggera diminuzione immediata o passeggera della concentrazione del Cl globulare e splasmatico.

Al contrario, un malato che sembra guarito del suo edema, può, sotto l'influenza del regime clorurato, senza aumentare di peso, presentare una caduta importante del suo Cl globulare e plasmatico, senza elevazione concomitante dell'idremia. In questo caso, la prova della clorurazione permette di mettere in evidenza un disturbo del metabolismo del cloro, con ritenzione probabile di Cl nei tessuti.

Nei casi di ritenzione secca di cloro bisogna distinguere due eventualità:

a) *Ritenzione secca di cloro senza azotemia e con riserva alcalina normale.* Il malato viene messo a regime declorurato assoluto. Dopo 15 giorni si fa un dosaggio di Cl globulare e plasmatico. Se si ottengono cifre normali si prescrive una certa quantità di sale. Se dopo 15 giorni il Cl plasmatico e globulare non ha variato, la tolleranza dell'organismo per il sale è uguale o superiore alla quantità di sale somministrata. Se ne determina la capacità massima aumentando la dose di sale e vedendo come si comporta il Cl globulare e plasmatico. Se invece la cloruremia, dopo aggiunta di sale nella dieta, aumenta notevolmente, la tolleranza sarà inferiore alla quantità di sale somministrata e verrà determinata per tentativi successivi.

b) *Ritenzione secca di cloro con azotemia limite e riserva alcalina normale.* Il trattamento deve comprendere due tempi. In un primo tempo si cerca di fare abbassare l'azotemia con una riduzione progressiva dell'alimentazione azotata e con un regime clorurato ordinario. In un secondo tempo un regime declorurato deve tendere a fare abbassare i valori del Cl plasmatico e globulare. Poichè questo risultato è spesso difficile e talora impossibile ad ottenere, bisogna preoccuparsi di riportare alla norma il Cl globulare, trascurando il Cl plasmatico.

Se il regime declorurato sopprime in questi casi una gran parte dei sintomi morbosi funzionali, esso però spesso provoca una leggera elevazione dell'azotemia limite. Ma gli ammalati di questo genere vanno meglio quando, con una azotemia anche elevata, hanno una cloremia normale, che quando hanno una ritenzione secca di cloro con una azotemia normale.

Si tratta di fatti complessi che dimostrano quanto sia necessario studiare, con i sintomi clinici, non solo l'azotemia ma anche la cloremia.

C. TOSCANO.

Gli effetti nocivi della declorurazione e le indicazioni, in questi casi, della terapia di riclorurazione.

(J. CASTAIGNE e J. CHAUMERLIAC. *Journal Méd. français*, giugno 1930).

Nel corso di questi ultimi anni sono stati pubblicati dei lavori numerosi e importanti sugli effetti nocivi della declorurazione e sull'iperazotemia per mancanza di sale. Poichè i casi pubblicati appartengono a categorie di fatti molto differenti, è utile classificarli per poterli bene interpretare.

Gli AA. distinguono gli effetti minori e gli effetti maggiori della declorurazione e della riclorurazione e, fra gli effetti maggiori, distinguono successivamente quelli che si producono in soggetti senza lesioni renali antecedenti e quelli che intervengono in malati già affetti da nefrite.

Gli effetti minori della declorurazione sono dovuti ad una declorurazione imposta arbitrariamente dal medico in quanto non indicata dallo stato del sangue o da una declorurazione a ragion veduta prescritta ma prolungata per troppo tempo. Clinicamente si manifestano con disturbi dispeptici da ipoacidità con mancanza di appetito, nausea, digestioni lente, accompagnati da dimagramento. Talora si può constatare albumina nelle urine, diminuzione del cloro globulare e plasmatico, con leggero aumento dell'urea del sangue, sopratutto marcata nei soggetti già iperazotemici. In questi casi è indicata la riclorurazione.

Gli accidenti maggiori sono dovuti più frequentemente ad una declorurazione brutale (diabete con acidosi, affezioni del tubo digerente con diarrea o vomiti molto abbondanti), qualche volta ad una declorurazione indicata in un nefritico ma troppo prolungata.

Quando gli accidenti intervengono in individui non affetti da nefrite, essi sono caratterizzati dai seguenti fatti. Il soggetto si presenta in condizioni gravissime e con una sintomatologia che richiama quella del coma uremico. Stanno in primo piano vomiti e diarree resistenti ad ogni trattamento; il polso è piccolo e rapido, i rumori del cuore sordi, la tensione arteriosa è bassa (fatti questi che si oppongono a quelli dell'uremia classica); i riflessi sono deboli, si ha ipotermia; il numero delle emazie ed il valore globulare sono generalmente normali (in contrasto con l'anemia frequente nel corso della nefrite uremigena); il dosaggio del cloro globulare e plasmatico dà cifre molto inferiori alle normali; la riserva alcalina è in genere elevata o normale; il dosaggio dell'urea nel sangue dà generalmente cifre molto elevate. Tutti questi fenomeni hanno la caratteristica di scomparire sotto l'influenza del regime fortemente clorurato, salvo che la causa della declorurazione persista. La terapia riclorurante deve essere generosa e va fatta non per via buccale (a causa dei vomiti e della diarrea) ma per iniezioni endovenose ripetute in casi urgenti e sottocutanee nei casi meno gravi.

Fra i casi in cui gli accidenti maggiori si producono nel corso di una nefrite, si possono distinguere diversi tipi a seconda dell'azione della terapia riclorurante. Al primo tipo appartengono i casi nei quali la terapia riclorurante provoca una guarigione completa. Si osserverà questo fatto nei casi in cui l'insufficienza renale non è grave, la concentrazione ureica è ancora buona e la clorurazione provoca diuresi, quindi in casi di nefrite acuta e di nefrite cronica poco intensa. Al secondo gruppo appartengono dei casi in cui, grazie al trattamento riclorurante, si ottiene subito un miglioramento parziale, ma conti-

nuando la terapia possono insorgere degli accidenti. In questi casi bisogna sorvegliare la cloremia e sospendere la riclorurazione appena il tasso dei cloruri del sangue è tornato normale. Nel terzo tipo sono compresi i casi in cui la riclorurazione provoca una guarigione incompleta. Evidentemente la terapia riclorurante se elimina il fattore ipocloruremia non può agire sul fattore renale: se la lesione renale è antica e profonda la prognosi resterà grave. Nel quarto tipo il regime clorurato migliora l'ipocloremia ed i sintomi generali ma non modifica l'azotemia, anzi in qualche caso l'apporto di sale fa aumentare ancora l'azotemia. Nel quinto tipo, comprendente le forme incurabili a causa delle lesioni profonde dei reni, malgrado la riclorurazione, e forse anche a causa di essa, si producono degli accidenti gravi che portano a morte. Casi di questo genere sono stati osservati nel decorso sia di una nefrite acuta che di una nefrite cronica.

La conoscenza di questi modi di azione così differenti della terapia clorurante, eseguita contro gli accidenti da declorurazione nel corso delle nefriti, dimostra che la somministrazione del cloruro di sodio in questi malati deve essere strettamente sorvegliata e deve basarsi da una parte sul dosaggio del cloro del sangue, poichè se si istituisse una terapia di riclorurazione in un malato che ritiene i cloruri nel sangue, si espone il malato a un danno reale; d'altra parte sulla ricerca concomitante della riserva alcalina (con una riserva alcalina normale ed una ipocloremia manifesta la terapia riclorurante è sicuramente indicata) e infine sullo stato funzionale del rene, poichè se questi organi concentrano male l'urea e non sono capaci di reagire con la poliuria all'ingestione del cloruro di sodio, la cura riclorurante non produrrà alcun effetto utile.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. LE DANTEC. *Précis de pathologie exotique.* V edizione. Due volumi in-8° di pag. 947 e 1076, con 301 fig. e 3 tav. colorate. G. Doin, ed. Paris, 1930.

I due grossi volumi di questo trattato di patologia esotica sono divisi in quattro parti. La prima costituisce un capitolo introduttivo di patologia in generale, con speciale riguardo ai paesi caldi ed alla colonizzazione di questi.

Nella seconda l'A. si occupa delle malattie proprie dei paesi caldi: l'azione del sole, la malaria a cui è dato un larghissimo sviluppo, le tripanosomiasi, il colera, la febbre gialla, la peste, le dissenterie, le avitaminosi, filariosi, micosi, i veleni, ecc.

Nella terza parte sono esaminate le malattie comuni ai paesi tropicali ed a quelli caldi; nelle particolari caratteristiche che assumono in questi.

Da ultimo, capitolo del tutto nuovo in trattati di questo genere, sono studiate le malattie dei paesi freddi, i disturbi visivi, le congelazioni, la vertigine del kajak, ecc.

In due appendici l'A. dà alcune nozioni di polizia sanitaria (specialmente marittima) che interessano la patologia esotica e riporta le percentuali di invalidità concesse dalla legge francese per la malaria e le malattie esotiche.

Questo trattato, accolto con favore, tanto da avere raggiunto abbastanza rapidamente la quinta edizione, sarà utilmente consultato da chiunque si occupi di queste malattie, parecchie delle quali si trovano anche nel nostro paese.

fil.

Missione scientifica per l'Eritrea. Relazione a S.E. Emilio De Bono. Un vol. in-4° di pagg. 311, con 129 fig. Tip. Donati, Parma, 1930.

Nell'inverno testè decorso una Missione scientifica, diretta dal sen. prof. U. Gabbi, è stata in Eritrea per compiervi ricerche e studii sulla patologia umana e veterinaria e sull'igiene e climatologia.

Numerose Banche, Ditte commerciali e privati, oltre al presidente ed al vice presidente della Società di medicina ed igiene coloniale (proff. A. Castellani e U. Gabbi), hanno concorso a sostenere la spesa.

Il prof. Gabbi si occupò delle malattie esotiche, il prof. Piras della climatologia ed igiene, il prof. Zavattari (zoologo) della fauna (artropodi, vermi e serpenti), il prof. Peruzzi degli esami di laboratorio, il prof. Di Domizio delle malattie del bestiame agricolo, il prof. Ciotola degli esami chirurgici e radiologici.

I risultati degli studii compiuti sono raccolti in questo volume, dove si trovano anche dei lavori fatti sul materiale portato in Italia dalla Missione (sostanze alimentari e droghe), nonchè un lavoro dello stesso prof. Gabbi sulle piante medicinali e sui rimedi empirici della Colonia Eritrea.

Sono da segnalare gli studii sulle acque potabili e sulla bonifica della piana di Tessenei, sugli animali velenosi, sulla fauna entomologica, sui tripanosomi del bestiame, sul caffè indigeno, ecc. *fil.*

G. GIGLIOLI. *Malarial Nephritis.* Un vol. in-16° di pagg. 105. J. & A. Churchill, London; 1930.

L'A. ha utilizzato il vasto materiale caduto sotto la sua osservazione durante il suo servizio nella Gujana Brittannica per tracciare un quadro clinico ed epidemiologico delle forme di malaria osservate.

Egli ha fissato la sua attenzione in ispecial modo sulle febbri emoglobinuriche e sulle forme di nefrite malarica. Questo ultimo studio, che occupa la maggior parte del lavoro, completato dalla descrizione clinica di una trentina di casi, porta uno dei più notevoli contributi di questi ultimi tempi alla conoscenza del problema delle nefriti malariche, problema che offre tuttora incognite vaste, sia per quel che riguarda la frequenza delle complicazioni renali nella malaria, sia per quel che riguarda il quadro clinico ed anatomopatologico delle manifestazioni stesse.

Scorrendo infatti la letteratura anche recentissima (letteratura scarsa, rispetto all'importanza del problema nelle regioni dove ancora predominano le forme di malaria grave e per speciali condizioni sociali e sanitarie mal curata), ci si accorge di una discordanza notevole, in special modo nella precisazione del quadro clinico dei casi riportati e descritti dai diversi autori. Una tale discordanza il Giglioli viene in parte a spiegare e ad attenuare descrivendo nella sua ricca casistica, sia forme di nefrite malarica idropigena a pressione sanguigna bassa in cui edemi e versamenti peritoneali sono costanti, talora imponentissimi, venendo così a predominare su tutto il quadro morboso, sia forme tendenti al decorso prolungato e talora alla cronicizzazione, caratterizzate da edemi scarsi e da pressione sanguigna elevata con conseguenti turbe cardiovascolari.

Questa seconda forma più grave, più tenace, rassomiglierebbe di più alle comuni nefriti e spiegherebbe per i suoi caratteri di gravità e di durata la maggiore frequenza con cui essa sia caduta sotto l'osservazione degli AA. che precedentemente si sono occupati dell'argomento.

L'eziologia malarica delle nefropatie osservate dal Giglioli, quantunque non basata su di una discussione clinica troppo sottile, è dimostrata da dati di coincidenza con la malaria e di assenza di altri possibili cause di indiscutibile valore persuasivo.

Il ricco materiale clinico è inquadrato in una vasta e accurata rivista sintetica della bibliografia esistente sull'argomento.

R. GOSIO.

ASA C. CHANDLER. *Hookworm disease.* Un vol. in-8°, di pag. 494, con 32 fig., rilegato. Macmillan & Co., London, 1929. Prezzo Scell. 21.

L'anchilostomiasi costituisce un problema di essenziale importanza, specialmente per alcune contrade dei tropici, dove essa infierisce e colpisce il 90 % della popolazione. Senza essere *spettacolosa* quanto la febbre gialla e la malaria, essa lavora insidiosamente, rendendo deboli e fiacche le popolazioni che colpisce.

Si comprende quindi il grande interesse che presenta la lotta con questa malattia, lotta che è stata intrapresa dalla Fondazione Rockefeller, con larghezza di vedute e di mezzi.

Questo eccellente volume del Chandler, che è professore di biologia ad Houston, nel Texas, ed incaricato della lotta con l'anchilostomiasi nella Scuola di Igiene in Calcutta, è una trattazione completa dell'argomento. La storia, la distribuzione geografica, lo studio anatomico del parassita e della sua biologia, la patologia, l'epidemiologia (fattori umani ed ambientali), la diagnosi, il trattamento, la profilassi vengono tutte accuratamente studiate in ogni suo particolare. Seguono i cenni di tecnica per la ricerca e lo studio del verme.

Per quanto riguarda il trattamento, l'A. dà la preferenza al tetracloruro di carbonio, da solo o con l'olio di chenopodio. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 6 ottobre 1930.

Considerazioni su alcuni casi di anemia.

Dott. CANTONE. — L'O. espone tre casi di grave anemia di natura diversa, uno riguarda un individuo affetto da anchilostomiasi con anemia di tipo ipocromico assai intenso: 1.500.000 di gl. rossi e 14 di emometria, guarito bene con la somministrazione di timolo e di estratto di felce maschio seguita da numerose trasfusioni di sangue.

L'altro è un caso di neoplasia gastrica, in cui la sintomatologia a carico dell'apparato digerente era completamente muta, l'anemia essendo l'unica espressione clinica obiettivamente rilevabile. La diagnosi venne accertata con il sondaggio gastrico e l'esame radiologico.

Il terzo è un caso di anemia perniciosa progressiva a sintomatologia gastrica particolarmente spiccata (ripugnanza per i cibi, nausea, senso di peso, ecc.) sì da indirizzare la diagnosi verso il cancro dello stomaco. Mancava inoltre la lingua di Hunter. La terapia epatica ha fatto migliorare rapidamente le condizioni dell'ammalata.

L'O. fa seguire all'esposizione dei casi alcune considerazioni sulla persistenza in Novara di focolai di anchilostomiasi.

Mette inoltre in evidenza l'importanza degli esami di laboratorio, ricordando che nei casi presentati, mentre la mancanza degli opportuni esami aveva sviato dalla giusta diagnosi con grave danno dei pazienti, l'indagine metodica ha permesso di precisare la natura dell'anemia e di conseguenza la razionale terapia che ha portato alla guarigione in due dei casi riferiti.

Prof. P. Fornara. — Ricorda come, dopo la sua prima comunicazione ricordata dal Cantone nel 1924, rivide altri casi di anchilostomiasi e quest'anno in aprile vide un caso di anemia grave (con 1 milione 300.000 gl. r.) in un ragazzo di 10 anni; eseguì, d'accordo e per incarico dell'ufficiale sanitario dott. Giuffrida, ricerche sistematiche di esami di feci nei famigliari nei casi di anchilostomoanemia e trovò infestati da anchilostoma numerosi famigliari di questo paziente (come pure per un altro caso osservato dal dott. Lazzarino) senza anemia: si direbbe che occorre una labilità emopositiva per fattore costituzionale poichè in questi soggetti si sviluppi l'anemia da anchilostomosi.

Circa la distribuzione geografica delle emopatie, conferma la costatazione delle A. P. in territorio di Novara (ricordate dal prof. Pietra) ed assieme la rarità da noi della linfogranulomatosi: mentre invece non rare da noi sono le leucocemie. In particolare mette in evidenza l'esistenza di un focolaio in Valle Strona e nelle Valli sopra Omegna di quella curiosa sindrome (che non è certo entità eziologica) che è l'anemia splenomegalica pseudoleucocemica infantile: l'O. ne vide molti casi quasi soltanto provenienti da questa regione, e crede che in gran parte ne han motivo (salvo i rari casi in cui coesisteva lue) i gravi errori sull'alimentazione della prima infanzia, colà abituali, associati ad una certa degenerazione costituzionale della razza di quei paesi, che l'O. pensa riferibile all'alcoolismo ed a matrimoni tra consanguinei.

Dott. De Benedetti. — Aggiunge alla comunicazione del dott. Cantone osservazioni riguardanti la frequenza e l'importanza delle anemie secondarie da lamblia, tanto più che la infezione da lamblia risulta all'O. assai comune (almeno nel Biellese e nel Canavese).

Non crede che la risposta negativa all'istamina sia un carattere importante del cancro gastrico: l'O. ha già altra volta sostenuto che l'acloridria spesso manca nel carcinoma del ventricolo: questa constatazione è stata ampiamente confermata dal dott. Allodi.

Pietra. — Fa presente la relativa rarità dei casi di anemia perniciosa progressiva criptogenetica nella Provincia di Novara in confronto ad altre zone (ad esempio Torino), essendo il primo caso capitato all'indagine durante cinque mesi. Di fronte perciò alla frequenza con cui viene da medici posta la diagnosi di anemia perniciosa o perniciosiforme in stati anemici che presentino qualche gravità, l'O. ricorda che la caratteristica dell'anemia perniciosa non è la gravità dello stato anemico ma il particolare reperto ematologico di cui ben noti sono gli elementi (valore globulare superiore all'unità, presenza di macrociti ipercromici, leucopenia con neutropenia, ecc.), reperto ematologico che può sussistere non solo con uno stato generale buono dell'organismo, ma con valori alti di emometria.

Ora se l'A. P. può essere sospettata clinicamente attraverso alcuni segni, di cui certo il bruciore di lingua (Hunter) ha notevole importanza, la conferma non si può avere se non dall'esame ematologico. E ciò ha tanto più valore quando si tratti di anemie le quali si avvicinano alle perniciose non per la gravità, criterio — va ripetuto — di valore assai relativo in tali anemie, ma puramente per il tipo ematologico. Queste anemie perniciosiformi sono secondarie, legate cioè a particolari cause di cui quelle ben accertate e generalmente ammesse sono sifilide e carcinoma (un caso di a. perniciosiforme legato a quest'ultima causa fu illustrato dall'O. stesso). Di fronte quindi a qualsiasi caso di anemia grave, è doveroso innanzi tutto stabilirne il tipo attraverso l'esame ematologico e mettere quindi in atto tutte quelle indagini di laboratorio che permettono di precisarne l'eventuale causa, poichè in caso di anemie secondarie, siano esse perniciosiformi che ipocromiche, è solo dal rimuovere tempestivamente la causa che può attendersi la salvezza del paziente. L'indugiarsi in simili casi, come purtroppo spesso avviene, nella terapia epatica è non solo opera vana e senza fondamento, ma comporta un grave pericolo per il paziente lasciando vieppiù approfondire la causa e diventare talvolta irreparabile lo stato di anemia.

I casi riferiti dal dott. Cantone dimostrano appunto chiaramente come l'indagine metodica in casi di anemia grave possa condurre spesso facilmente all'accertamento delle cause e quindi indirizzare alla terapia razionale, la sola perciò veramente utile.

Pietra. — Ricorda che per il primo segnalò col dott. Allodi la presenza di lamblie in Piemonte, anzi a loro è dovuta la prima descrizione di casi di colecistite da lambliasi in Italia. I casi osservati a Torino sono assai numerosi, senza che peraltro mai abbia notato anemia di qualche entità in portatori di lamblie.

L'eventualità di un'anemia da lambliasi non solo è segnalata assai raramente ma è anche contestata da molti Autori che per contro, data la enorme diffusione del parassita e la scarsa entità dei disturbi cui vanno soggetti i portatori di esso, considerano, e in ispecie gli Autori americani, la lamblia come un parassita affatto innocuo.

È d'accordo col prof. Fornara nel ritenere che svariate condizioni debbono concorrere a determinare l'esaltarsi della azione patogena di un parassita poichè di parassiti noti per la gravità dei disturbi che arrecano, possiamo avere semplici portatori così come si hanno portatori di germi patogeni.

Circa l'affermazione del dott. De Benedetti sulla frequenza di normo- o ipercloridria in casi di carcinoma gastrico, fa presente che da tutti gli Autori in tutti i tempi è stata ammessa la frequenza dell'anacloridria in casi di tumori gastrici senza che peraltro tale reperto acquisti valore patognomonico, poichè va integrato con altri segni più importanti. Una acidità normale o aumentata è un reperto, valutato con varia frequenza, dei tumori del tratto pilorico, ed è messo in rapporto da alcuni Autori al ristagno determinato dalla localizzazione neoplastica nella zona pilorica. Anche il dott. Allodi, nominato dall'O. precedente, a sostegno della sua affermazione riferisce di reperti di normo- o ipercloridria puramente e semplicemente in casi di carcinomi del tratto pilorico in una pubblicazione intitolata appunto: « Sul reperto di conservato chimismo gastrico e di ipercloridria in casi di tumori gastrici a sede pilorica », e dà del fatto una spiegazione che appare molto verosimile, ponendo cioè in causa la particolare localizzazione del tumore nella zona piloro-antrale, zona riflessogena della secrezione gastrica.

Osservazioni su un caso di gravidanza tubarica.

Prof. L. BACIALLI. — L'O. riferisce un caso assai interessante di gravidanza tubarica in VI-para ricoverata nel reparto ginecologico per lesione infiammatoria del collo uterino. Ogni sintomatologia di gravidanza tubarica era mancata: alcuni giorni dopo la sua permanenza in Clinica fu colta da violentissimi dolori a tipo colico nel quadrante inferiore di sinistra senza alcuna reazione peritoneale e con febbre.

L'esame ginecologico fece allora rilevare resistenza in corrispondenza degli annessi di sinistra: tale sintomatologia dolorosa scarsamente cedette ai comuni sedativi. In ulteriori esami si riscontrò aumento nettamente cistico di questi annessi tanto da far sorgere l'ipotesi trattarsi della torsione di una pur piccola cisti sfuggita agli esami precedenti. Nell'intervento, si riscontrò sangue libero nell'addome e la tuba gravida grossa come due pollici con padiglione a pareti integre ed a padiglione normale e pervio.

L'atto operativo fu dei più solleciti e il decorso dei più normali: l'O. coglie l'occasione per far rilevare ai medici pratici sovrattutto la così variabile sintomatologia della gravidanza tubarica richiamando inoltre a proposito del caso surriferito l'assenza completa di anamnesi, quella di perdite sanguigne o di decidua, la prolungata sintomatologia dolorosa da vero travaglio abortivo tubarico e l'emorragia interna verificatasi attraverso il padiglione.

Osservazioni sulla terapia dei fibromi uterini.

Prof. L. BACIALLI. — Approfittando di numerose isterectomie eseguite nel reparto ginecologico annesso alla Scuola Ostetrica, per fibromi uterini l'O. richiama l'attenzione su alcune varietà di essi soprattutto nei riguardi dell'impossibilità curativa mediante i raggi.

Se pur è stata constatata da alcuni radioterapisti ginecologi e non ginecologi azione benefica dei raggi Roentgen sulle più diverse varietà di fibromi, esistono tuttavia molte concomitanze cliniche che la devono a priori escludere.

I pezzi anatomici che l'O. dimostra (multipli, in necrosi, interstiziali e sottomucosi nello stesso tempo, a prevalente sviluppo sottoperitoneale, intralegamentosi e appartenenti, comunque a soggetti nei quali la radioterapia non avrebbe potuto riuscire efficace) comprovano la necessità di vagliare accuratamente, caso per caso, la possibilità della terapia irradiante.

Prof. PONZIO. — Si associa pienamente alle conclusioni dell'O. Ritiene che non vi sia ragione di antagonismo radiochirurgico: esistono casi con certe indicazioni radiologiche. Per questi le indicazioni tecniche vanno modificate a seconda dei dati clinici riscontrati, e adattando il metodo al paziente e non il paziente al metodo, riesce possibile aver risultati realmente buoni in numerosissimi casi.

Il dott. RINALDI domanda *sulle gravidanze extrauterine* se, in caso di aborto tubarico, la sintomatologia uterina può raggiungere tale evidenza da far supporre di trovarsi di fronte ad un aborto esterno.

L'O. inoltre domanda, *sui fibromi*, a proposito di un mioma uterino a sviluppo intralegamentoso in cui la massa tumorale raggiunge il volume di una testa di bambino decenne, se correttamente vi si possa attribuire come sede topografica la piccola pelvi, o non gli si debba piuttosto riconoscere una evoluzione alta verso il grande bacino e l'addome, evoluzione che può rendere compatibile la presenza della massa tumorale con una sufficiente dinamica escretoria dei visceri cavi che attraversano la piccola pelvi.

BACIALLI. — 1) Per ciò che riguarda la gravidanza extrauterina la sintomatologia che può presentare l'utero è soltanto quella di un lievissimo aumento di volume. Sono quasi sempre presenti a seconda dei periodi di sviluppo dell'impianto tubarico, perdita sanguigna non a tipo emorragico. Altrettanto spesso si nota l'espulsione di frustoli di tutta quanta la decidua che riveste la cavità uterina. Tale materiale è spesso scambiato, ad un esame superficiale, per ovulare, da cui la errata diagnosi di aborto uterino con consecutivo e deprecabile raschiamento.

2) Per ciò che riguarda i miomi intralegamentari, l'O. ricorda all'interpellante la nota esistenza dei « cervicomiomi » e degli altrettanto noti disturbi di compressione sulla vescica, sugli ureteri, e sul retto da essi generati. Alla stessa stregua di questi ultimi i tumori intralegamentari di grosso volume producono analoghi disturbi e occupano la piccola pelvi essendo impossibilitato o per lo meno assai limitato il loro sviluppo o la loro ascesa nell'addome appunto per il loro sviluppo sottoperitoneale che costituisce la loro principale caratteristica.

Sulla terapia della leucorrea.

Dott. NOÈ MEDARDO. — Accennato alla etiologia della leucorrea in assenza di malattie ginecologiche, accennato alle interpretazioni spesso inesatte di essa soprattutto nei rapporti della blenorragia, riferisce i più recenti criteri che informano la cura di essa ristabilendo il grado normale della sua acidità mediante trattamento con « acido lattico ».

Le esperienze eseguite nel Reparto ostetrico-ginecologico annesso alla Regia Scuola Ostetrica di Novara in casi esenti da malattie ginecologiche hanno dato lusinghiero risultato per la divulgazione nella pratica comune di questa terapia.

Prof. L. BACIALLI. — A proposito della comunicazione del dott. Noè, l'O. richiama l'attenzione non solo sugli esiti lusinghieri riportati, ma bensì sulla frequente concomitanza della leucorrea con stati morbosi generali o con esiti o postumi di essi, nonchè sulla così dannosa facilità di ritenerla conseguenza di blenorragia.

Prof. ARTOM. — Conferma i concetti espressi dal prof. Bacialli e dal dott. Noè. Rileva soltanto come, nella genesi delle leucorree, non si possono incriminare le distonie del sistema nervoso autonomo di per se stesse, ma soltanto in quanto queste sono in rapporto coi citati fattori costituzionali che hanno importanza massima nella determinazione dello scolo vaginale.

Prof. FERRETTI. — L'O., dopo aver riferito alcune generalità sui *corpi estranei dell'esofago e loro estrazione*, descrive un caso recentemente da lui operato. Si trattava di un frammento osseo delle dimensioni di cm. 3 × 4, per il quale erano già state compiute varie manovre di estrazione.

A questo proposito fa rilevare quale sia l'importanza della esofagoscopia con l'apparecchio di Brunings che, in questo caso, ha permesso l'esecuzione dell'atto operativo.

Fa rilevare inoltre quali siano i pericoli di manovre, di tentativi e di interventi senza la guida della visione diretta.

Prof. R. RINALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La reazione di Aschheim-Zondek per la diagnosi di gravidanza.

Aschheim e Zondek hanno dimostrato che il lobo anteriore dell'ipofisi secerne una sostanza capace di iniziare lo sviluppo dell'ovaio immaturo ed hanno chiamato questa sostanza ormone motore della ghiandola sessuale. Essi osservarono che questo ormone si trova nelle urine allo stato attivo soltanto durante la gravidanza. Essi videro che le modificazioni prodotte nell'ovaio immaturo della femmina del topo dopo iniezioni di urina di donna gravida erano identiche a quelle ottenute dopo 100 ore dal trapianto di tessuto del lobo anteriore. Essi distinsero tre reazioni, secondo il vario grado di maturazione ovarica; di queste la seconda e la terza indicano gravidanza certa. La reazione è positiva anche nei casi di gravidanza intra ed extrauterina non interrotta, come pure in casi di mole idatiforme e di corionepitelioma. È più intensa nei primi mesi di gestazione e diviene sempre più debole man mano che ci si avvicina alla fine e scompare una settimana dopo il parto. Scompare qualche tempo dopo la morte intrauterina del feto, o la rottura tubarica o l'aborto tubarico.

H. C. Mack (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, ott. 1930) ha esaminato 100 casi per stabilire quale valore clinico ha questa reazione. I risultati sono stati i seguenti: su 53 gravidanze intrauterine normali ci sono state 53 reazioni positive; la reazione positiva più precoce fu ottenuta in un campione di urina prelevato tre giorni dopo la data in cui doveva comparire la mestruazione. In 53 casi (di donne non gravide e di uomini) ebbe un caso (in una donna amenorroica) con reazione positiva e questa reazione era senza valore perchè c'era una causa d'errore, essendo stata positiva in uno solo dei cinque topi in cui l'urina era stata iniettata. In 12 casi di gravidanza anormale ebbe 11 reazioni positive e una negativa (in un caso di aborto incompleto in cui però c'erano nell'utero, al momento del prelevamento delle urine, solo alcuni frammenti di tessuto placentare necrotico).

Questi risultati sono molto simili a quelli ottenuti da Aschheim e Zondek. Quindi il Mack ritiene che questa reazione rappresenti un metodo molto attendibile per la diagnosi precoce di gravidanza uterina ed extrauterina non interrotta, di mole idatiforme e di corionepitelioma, tanto più che la reazione si può fare senza apparati e non richiede una speciale competenza tecnica e l'urina si può conservare per un certo tempo, mediante l'uso di sostanza preservatrice, senza che si modifichi il risultato della reazione, la quale merita di entrare fra quelle comunemente praticate dai laboratori di analisi. R. LUSENA.

Sulla diagnosi biologica di gravidanza.

Su questo argomento A. Boni (*Ann. d'Ig.*, ottobre 1930) pubblica una rivista generale meritevole di nota in quanto che descrive con precisione la tecnica del metodo Aschheim e Zondek, e sopratutto ne illustra alcune varianti, che sembrano costituire un reale progresso.

Così Evans e Simpson utilizzano i ratti, invece dei topi albini. Quegli animali sono più resistenti e non ne muore nessuno, il che permette di ridurne il numero; inoltre gli esami vengono resi più facili dalla maggiore grandezza delle ovaie. De Salles Soares si avvale di coniglie, praticando iniezioni endovenose: basta un solo animale e la risposta si ottiene già dopo 24 ore e diviene nitidissima dopo 48 ore, invece di doverla attendere 5 giorni, come per la reazione originaria. Brouha pratica l'iniezione di urina in topi maschi e valuta l'ipertrofia delle vescichette; in tal modo non vi sono più interpretazioni dubbie (nei casi di mola vescicolare, di corioepitelioma, di gravi malattie dei genitali muliebri interni, ecc.); inoltre non occorrono animali giovani, e per questo motivo la mortalità degli animali in esperimento si annulla, di modo che può bastare un solo animale; la risposta è nettissima, ma richiede 8-10 giorni.

Queste reazioni sono chiamate a rendere grandi servigi in clinica. A. P.

Le reazioni pupillari nelle gravide e nelle non gravide.

Istillando nel sacco congiuntivale della donna qualche goccia di siero ottenuto per centrifugazione del proprio sangue, si otterrebbero delle reazioni pupillari utilizzabili, secondo le ricerche di Z. Bercovitz (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, giugno 1930), per la diagnosi di gravidanza. Mentre infatti nelle donne non gravide non si osserverebbe modificazione pupillare alcuna, in quelle gravide si avrebbero, nella proporzione del 62-80:100 dei casi, reazioni varie, o in forma di miosi, o di midriasi, o, più di rado, in forma di attività (?) accentuata.

Comportamento quasi analogo avrebbe poi osservato l'A. in seguito ad istillazione di adrenalina.

Avvenuto il parto, la pupilla ridiverrebbe insensibile all'istillazione di siero, nonchè a quella di adrenalina, con rare eccezioni per questa seconda.

I sieri positivi nei soggetti con gravidanza in atto sarebbero poi risultati attivi anche in donne non gravide ed in uomini, mentre quelli negativi restarono sempre tali.

Gli animali di laboratorio reagiscono pure in maniera analoga con sieri di donna, positivi e negativi.

Il siero di uomo, infine, non esplicò azione alcuna. M. FABERI.

Alcune ricerche sulla diagnosi prenatale di sesso.

Sulla diagnosi prenatale del sesso si sono fatte numerose ricerche, e sono stati proposti numerosi metodi di saggio, i quali però non hanno resistito ad un severo controllo critico.

A. Sodano (*Arch. Ostetr. e Gin.*, n. 10, ottobre 1930) ha voluto controllare se veramente si può stabilire il sesso in antecedenza servendosi del metodo che presuppone l'immissione in circolo di ormone od increto testicolare od ovarico, svelato mercè la deviazione del complemento.

La tecnica è quella comune alla sieroreazione di Wassermann, usando come antigeno un estratto alcoolico di testicolo di animale.

La deviazione doveva far supporre che il prodotto del concepimento fosse di sesso maschile, l'emolisi invece denunziava il sesso femminile.

Le ricerche furono condotte su donne gravide al IX mese, e su alcune nella prima metà della gravidanza, in complesso 71 del primo gruppo, dieci del secondo.

Da tutte le reazioni eseguite si può dedurre che il metodo della deviazione del complemento non è sufficiente a svelare il sesso prenatale, e quindi nessun metodo fondato sulla ricerca di sostanze di derivazione delle ghiandole sessuali del feto rinchiuso nella cavità uterina può ritenersi adatto a tale diagnosi.

L. CARUSI.

CASISTICA.

Contributo alla conoscenza dell'etiologia e della sintomatologia della trombosi delle vene mesenteriche.

Jacobi, assistente del prof. Hirsch di Bonn, descrive (*Med. Klinik*, n. 38, 1930) due casi di trombosi delle vene mesenteriche e ne trae occasione, sia per la rarità della malattia che per le particolarità della sintomatologia, per trattare brevemente di questo quadro morboso. In un caso si trattava di una trombosi della porta e delle mesenteriche, di origine post-enteritica, fatto di estremo interesse data la grande rarità con cui simili processi si associano. In genere, invece, la causa della trombosi va ricercata nel dominio della porta; talora affezioni di organi più o meno lontani, manifestazioni cutanee come foruncoli, ascessi, o interventi sull'addome ne vanno incolpati. La necrosi emorragica, come nei due casi descritti, è la più frequente; l'anemia è rara quando è colpita la mesenterica inferiore, le condizioni sono più favorevoli, rispetto alla trombosi della superiore.

La sintomatologia è dominata dal complesso sintomatico, lentamente progressivo, dell'ileo o della peritonite da perforazione: il sospetto di una trombosi venosa non si affaccia subito alla mente, e si ferma piuttosto ad embolie arteriose, specialmente quando preesista un'endocardite, uno scompenso, ecc.

La melena, così tipica, mancava completamente nei due casi descritti dall'A.: in uno dei casi l'ansa, pacchetto di anse colpite e dilatate si palpava chiaramente.

La diagnosi differenziale è difficile: e la terapia (intervento diretto sui focolai infettivi nei casi di trombosi ascendente) è generalmente senza speranza.

V. SERRA.

Aneurisma metastatico settico dell'arteria epatica.

Lisi (*Archivio italiano di Anatomia e Istologia Patologica*, anno I, n. 1) descrive un caso di aneurisma metastatico settico dell'arteria epatica in una ragazza sedicenne, colpita precedentemente da reumatismo articolare acuto, che diede luogo a pancardite. Per rottura dell'aneurisma seguì la morte da anemia acuta.

Come agente infettivo nel caso descritto è da chiamare in causa un diplostreptococco.

L'aneurisma dell'a. epatica è abbastanza raro, colpisce per lo più giovani dai 20 ai 30 anni, di preferenza i maschi; può interessare qualsiasi sezione dell'arteria, specialmente il tronco (41 %) o il ramo destro (23 %) ed ha un volume variabile da un pisello a una testa di piccolo bambino.

L'esito, nel 60 %, è dovuto a rottura, che avviene più frequentemente nel peritoneo, talvolta nell'epatico e raramente nella cistifellea, nel coledoco, nel duodeno, nello stomaco.

È riferita un'osservazione in cui esisteva varice aneurismatica per comunicazione con la porta.

La prognosi, per la difficoltà della diagnosi e della terapia chirurgica e per la frequente esistenza di colemia, è sfavorevole. Il solo caso di Kehr ha avuto esito post-operatorio favorevole.

Molti casi — come quello descritto dall'A. — decorrono senza sintomi significativi; in altri esistono *segni indiretti*, quali dolori accessionali, parossistici nell'ipocondrio d., ittero per lo più continuo, emorragie *per os* e *per anum*, e *segni diretti*, che è raro però riscontrare data la profondità dell'aneurisma, consistenti nella palpabilità di un tumore pulsante, espansivo, soffiante a destra della linea mediana. Tale sintomatologia acquista maggior valore quando si riscontra in pazienti giovani, durante il decorso o nella convalescenza di una malattia infettiva.

C. GIACOBBE.

TERAPIA.

L'urotropina per via endovenosa nell'incontinenza di urina.

L'idea di questo trattamento è venuta a L. Caffè, Bainglas e Comsa (*La Presse médicale*, 1929, n. 74) da un'osservazione fortuita. Per una colecistite intercorrente, in un malato affetto da paraplegia e che aveva incontinenza di urina, gli AA. iniettarono per via endovenosa dell'urotropina; in 7-8 giorni, scomparvero i sintomi della colecistite, mentre con-

temporaneamente il malato non perdeva più l'urina e poteva orinare spontaneamente. Gli AA. praticarono poi analogo trattamento in altri malati nervosi, con incontinenza di urina, iniettando 1-4 grammi di urotropina al giorno.

I risultati ottenuti sono stati, o durevoli senza ricadute, o con ricadute seguite poi da guarigione con la ripresa della cura, o transitorii, con azione più o meno efficace soltanto nei giorni della cura, oppure del tutto negativi (soltanto 2). In generale, il primo sintomo favorevole consiste nella trasformazione della minzione incosciente in minzione cosciente.

Per spiegare tale effetto, gli AA. emettono la seguente ipotesi. L'urotropina, eliminandosi con l'urina come formaldeide, agisce da irritante sulla mucosa vescicale la quale, nell'incontinenza, è come anestesica. Tale irritazione ripristina, in certo modo, la possibilità di riflessi nelle pareti vescicali, per cui le prime gocce di urina, che passano involontariamente nell'uretra, provocano contrazioni dello sfintere; tale riflesso corto è, a sua volta, punto di partenza di un riflesso a localizzazione superiore, il bisogno di urinare. *fil.*

La cura delle infezioni urinarie da colibacillo col batteriofago.

Il trattamento delle infezioni col batteriofago ha avuto un felice successo; e tale terapia trova molti autori che l'applicano.

Non così nelle infezioni urinarie da colibacillo.

Su tale trattamento i pareri sono discordi, e la maggior parte degli AA. non riconosce a tale metodo terapeutico se non dubbi successi.

L. Michon (*Paris Méd.*, n. 42, ott. 1930) ha applicato la terapia col batteriofago, e propriamente con il batteriofago preparato sotto la direzione di d'Hérelle in un gran numero di casi di cistite e pielonefrite colibacillare.

Dall'esposizione dei casi si può osservare che nei casi di pielonefrite da colibacillo, il lavaggio dei bacinetti, o l'instillazione ureterale del batteriofago ha fatto rapidamente cessare la temperatura ed i disturbi renali, e spesso scomparire dalle urine il pus ed il colibacillo. Nelle cistiti colibacillari le instillazioni di colibatteriofago hanno notevolmente migliorate le condizioni, malgrado che i successi non siano stati così chiari ed interessanti come nelle pielonefriti.

Questi risultati quindi inducono ad applicare su larga scala tale terapia; e se insuccessi si hanno, talora essi sono imputabili più all'inesperienza sull'applicazione della terapia, che non al metodo.

Riguardo alla tecnica, l'A. consiglia di usare gli stock-batteriofagi, piuttosto che l'autobatteriofago o il coli; il batteriofago deve essere *instillato* nella vescica o nella pelvi; previo vuotamento si istillano cc. 10 di batteriofago nella vescica; una quantità variabile nella pelvi.

Il numero delle istillazioni varia da 6 a 12; la via sottocutanea è da scartare, perchè non dà alcun risultato; la via *per os* può coadiuvare quella diretta.

L. CARUSI.

Il valore degli alcalini nella cura della nefrite cronica.

Osman (*The Lancet*, 1° novembre 1930) riferisce i risultati avuti in sette anni coll'uso degli alcalini nelle nefriti croniche. Gli alcalini possono essere usati utilmente in tutte le nefriti croniche ed è un errore l'adoperarli a dosi piccole. In 40 casi, in cui molti con azotemia elevata e modificazioni cardiache e vascolari, in età fra 1 e 70 anni, tutti gravi tanto da richiedere una lunga degenza in letto, i risultati sono stati notevoli. Non si può parlare di guarigione in forme di nefrite che dura da lungo tempo e che ha dato lesioni cospicue del parenchima renale, ma il miglioramento dei sintomi in un tempo più breve di quello che occorre per un miglioramento spontaneo e il più lungo persistere di benessere sono già risultati ottimi in questi casi e l'autore li ha ottenuti col suo metodo di cura.

L'uso degli alcalini a piccole dosi nelle nefriti croniche con edema è stato introdotto dal Fischer ed è stato consigliato perchè nei nefritici il bicarbonato del plasma è diminuito e si vide che aumentandolo con somministrazione orale di citrato di potassio e bicarbonato di sodio in parti eguali dava coll'aumento del bicarbonato del plasma anche un aumento della diuresi e quindi riduzione dell'edema. Con questa cura si ha anche diminuzione e a volte scomparsa dell'albuminuria. Inoltre durante l'uso di alcalini non è necessario tenere il malato a restrizioni dietetiche di nessun genere, il che è un vantaggio notevole.

Nel 90 % dei casi si ebbe scomparsa dell'edema in un periodo da sei a otto settimane, mentre la scomparsa colle norme terapeutiche ordinarie si ha in 12 settimane. Inoltre in qualche caso la scomparsa dell'edema è stata definitiva. Gli alcalini possono essere presi senza inconvenienti per lunghissimo tempo: in un caso per 5 anni consecutivi si diedero 400 grammi di alcalini al giorno, in un altro caso 300 grammi al giorno per 4 anni. In vari casi la sospensione degli alcalini dava di nuovo edema.

Ci sono dei pericoli dell'alcalinoterapia e il maggiore è quello di provocare attacchi di tetania, che si eviteranno somministrando il calcio che si darà quando la calcemia apparirà bassa.

Indicazioni di questa terapia sono le nefriti croniche con e senza edema. Controindicazione sono l'aritmia cardiaca spiccata, la nefrite acuta e tutti i casi in cui esiste vomito persistente o dispnea marcata.

R. LUSENA.

Le proprietà antisettiche dell'uroselectan.

R. Ascoli (*Min. Med.*, n. 38, sett. 1930) ha voluto ricercare il potere antisettico dell'uroselectan. A tal uopo s'è servito di soluzioni di tale sale, a diversa concentrazione, diluto in urina sterile, in cui venivano seminati un certo numero di *bacterium coli* e di stafilococchi. Di queste semine venivano preparate anche piastre su agar.

Dalle ricerche risulta che l'uroselectan al 40 % ritarda lo sviluppo del *bacterium coli* e dello stafilococco, ma non lo impedisce; tale ritardo si può notare talora anche con concentrazioni minori, fino al 10 %; però non s'è notata nessuna azione antisettica, a qualsiasi concentrazione. Praticamente quindi non si può considerare l'iniezione endovenosa capace di svolgere azione antisettica sensibile nelle vie urinarie, ma le forti concentrazioni possono svolgere solo un'azione batteriostatica.

L. CARUSI.

Osservazioni sperimentali, statistiche e cliniche su alcuni antisettici urinari a via d'introduzione interna.

R. Ascoli (*L'Ospedale Maggiore*, n. 7, luglio 1930) ha diligentemente raccolte le osservazioni riguardanti l'efficacia di vari antisettici urinari, impiegati durante tutto l'anno solare 1929 nella Clinica urologica di Milano.

Le conclusioni che ne trae sono le seguenti: nelle forme infettive o febbrili è indicata la somministrazione iniziale di urotropina per bocca o per via endovenosa, associando, nelle forme febbrili, il carattere a permanenza.

Se non si osservano risultati netti, si passerà all'impiego di rivanolo (iniezioni giornaliere di 50 cm^3 sol. 1 ‰), al collargolo (per iniezioni 5-10 cmc.), al mercurocromo (per via endovenosa, sol. 1 %, 2-5 mgr. di mercurocromo per Kg. di peso). Tali sostanze, pur esplicando una azione antisettica nell'urina, presentano il vantaggio di agire anche sul sangue.

Se, infine, l'iniezione endovenosa di urotropina non sembra opportuna, pur volendo agire energicamente, daranno buoni risultati i clisteri di tale sostanza, in quantità di 7-8 g. alla volta.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Antigene metilico Nègre e Bouquet. — Al dottore P. D. de L.:

A parziale rettifica di quanto si scrisse in merito alla possibilità di procurarsi l'antigene metilico in Italia, ci si assicura ora che il detto antigene, tanto puro che diluito, è in vendita al pubblico da qualche tempo.

Si può trovarlo in Roma presso alcune farmacie.

G. MENDES.

Al dott. C. T. da B.:

I programmi di concorso a medico provinciale aggiunto sono pubblicati nel n. 25-26 del Bollettino ufficiale del Ministero dell'Interno in data 1-11 settembre 1929, che potrà trovare in Prefettura e forse anche nell'ufficio comunale,.

Essi riguardano la igiene generale e quella speciale, la epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive, la clinica medica e la tecnica di laboratorio, la demografia e la legislazione sanitaria, una lingua straniera.

Di trattati d'igiene, per citare solamente gli italiani, può consultare quelli del Celli, del De Giaxa, del Pagliani, del Casagrandi, il prontuario del Filippini, il manuale di microscopia dell'Abba, ecc.

C.

VARIA.

La psicanalisi e l'arte.

La letteratura sulla psicanalisi si fa sempre più abbondante. Le sue applicazioni all'arte ed alla letteratura si fanno sempre più numerose ed interessanti. Il suo punto di partenza, la patogenesi e la terapia delle neurosi, sembra quasi trascurato tante sono le deviazioni. La dottrina di Freud vanta ora più aderenti nel mondo dei filosofi e dei letterati che non in quello dei medici.

La psicanalisi cerca di spiegare l'origine psichica dell'arte come fenomeno umano, di applicare i suoi metodi alla critica dell'opera ed allo studio della personalità degli artisti. Si sforza di tradurre in un linguaggio chiaro i simboli dietro i quali si dissimulano le tendenze, le forze e sopra tutto le debolezze dell'uomo, di ricercare nell'intimità più recondita ciò che si cerca di velare, di mettere a nudo le lotte segrete, le repressioni, tutto il dinamismo psichico posto in opera per conservare l'equilibrio dell'essere.

Secondo la scuola psicanalitica le manifestazioni psiconeurotiche ed oniriche costituiscono la simbolizzazione di complessi sessuali repressi. Nelle psiconeurosi questi cercano di varcare la soglia della coscienza durante la veglia e sono dalla censura travestiti a mo' di sintomi, nel sogno le stesse tendenze tendono guadagnare la coscienza nel sonno e sono dalla censura trasfigurate con un processo di deformazione che va fino alla simbolizzazione.

L'arte è una specie di sogno, una specie di neurosi: è la risultante di un conflitto ed è l'espressione di una simbolizzazione.

La psicanalisi cerca di scoprire nell'artista le manifestazioni simboliche delle tendenze affettive personali, e ricostruire il meccanismo psicologico intimo e segreto d'un'opera letteraria, d'un poema, d'un quadro, d'una scul-

tura, di qualsiasi opera d'arte. E tutto ciò non solo attraverso gli elementi che possono essere forniti nella stessa manifestazione artistica, ma attraverso lo studio dei gusti, dei desiderii, delle aspirazioni intime, delle contrarietà della vita dell'autore.

L'analisi psicologica d'un'opera d'arte posta in rapporto con la biografia affettiva dell'autore, indica che l'impulso artistico nasce dalla vita istintiva profonda e si esteriorizza sempre sul tema dell'insoddisfazione affettiva, specialmente sessuale, dell'individuo.

Tutte le opere di Michelangelo portano le tracce delle sue grandi lotte affettive. Il conflitto interiore, che rese la sua vita così tragica malgrado la sua trionfante nobiltà, dipendeva dall'anormalità della sua costituzione sessuale e dalle sue idee morali.

La *Divina Commedia* è tutta una simbolizzazione del conflitto tra le tendenze istintive incoscienti e le idee morali della personalità umana. Il poema di Dante è stato paragonato ad un procedimento psicanalitico: l'inferno è il simbolo dell'incosciente affettivo, ancestrale ed individuale e delle relative penose repressioni; il purgatorio, il simbolo della rieducazione e della canalizzazione degli istinti; il paradiso, il simbolo della pace interiore, della salute psichica.

La critica psicanalitica si è svolta su buona parte dei geni artistici e su i loro capolavori. Il travaglio più o meno felice si è esercitato su Sofocle, Leonardo, Cellini, Shakespeare, Byron, Voltaire, Goethe, Cervantes, Ibsen, Victor Hugo, Guy de Maupassant, Schiller, ecc.

Nelle opere di questi grandi si è identificato, attraverso il simbolo più o meno chiaro, il complesso sessuale che è il punto di partenza della lotta spirituale, lo sfondo sul quale si svolge l'attività psichica, la tendenza istintiva che ingombra lo spirito dell'artista e tende di sublimarsi, e che prevalentemente è l'incesto materno, paterno o fraterno.

Questa tendenza è manifesta nell'*Edipo*, nell'*Amleto*, nel *Don Carlos*, ma i psicanalisti con un sottile artificio d'interpretazione la riscontrano un po' da per tutto in tutte le opere d'arte.

Alcuni psicanalisti non vedono nell'opera d'arte che l'allargamento di una tendenza sessuale elementare, l'esibizionismo, che si estrinsecherebbe con il desiderio di scoprire sè stessi e gli altri, e di cui il nudismo sarebbe la più palpitante espressione.

Nell'artista in generale, nel poeta e nello scrittore in particolare, si sono svelate ogni sorta di tendenze sessuali profonde, dall'incesto fino al narcisismo, al masochismo, al sadismo; nel bisogno di identificare sè stesso negli altri, di trovar gioia nelle proprie sofferenze, di dominare la natura e l'uomo con una analisi spietata. Tutto ciò ingentilito dalla seduzione dell'espressione verbale e da tutti gli artifizi del linguaggio passionale.

Tra i più interessanti studi psicanalitici fatti da Freud su opere artistiche è quella su *Re Lear* di Shakespeare.

In questa tragedia il vecchio re deve fare una scelta fra le tre figlie a seconda dell'amore che ciascuna di esse gli porta. Le due prime, che dimostrano molta tenerezza, sono contentate. La terza, Cordelia, che ama il padre di un amore profondo quanto muto non ottiene nulla. Cordelia muore di dolore e le altre due spogliano il padre dei suoi tesori.

Il motivo della scelta fra tre donne o fra tre uomini, nota Freud, si trova in molte opere letterarie: nel *Mercante di Venezia*, nell'*Iliade*, in *Cendrillon*, ecc.

Il mutismo che era la qualità dominante di Cordelia costituisce per la psicanalisi il simbolo della morte. Quindi Cordelia rappresenta insieme l'amore e la morte.

La psicanalisi ascrive allo spirito umano la capacità di attribuire allo stesso oggetto simboli di senso contrario. Si ha così l'esposizione d'un fatto o d'un'idea a mezzo del loro contrario. E ciò perchè l'idea d'una cosa risveglia quella del suo contrario, il quale ultimo è espresso quando l'idea primitiva è spiacevole o turba la fantasia o il sogno. Ha origine allora l'attività trasformatrice del desiderio, che trasforma l'idea della morte in quella della vita, della giovinezza, della bellezza e dell'amore. È una regressione all'ambivalenza antica dei mitologi primitivi, i quali adoravano nell'amore e nella morte una sola divinità, è un riferimento a fatti biologici quali avvengono in alcuni animali, nei quali i maschi non sopravvivono all'atto sessuale, è un fatto divinato dal poeta che ha cantato: « Due cose ha bello il mondo, amore e morte ».

Al lume di questi postulati si dà un senso molto profondo al dramma di re Lear. La storia di questo personaggio è un simbolo che materializza il più tragico momento del destino dell'uomo e che fa vibrare in noi, a nostra insaputa, istinti potenti e ancestralmente fissi.

Re Lear è un vecchio, un moribondo. Egli rappresenta la vita che finisce e che non vuol rinunziare all'esistenza, all'amore della donna. Vuole essere amato. La scena la più chiaramente simbolica è la più tragica, quella nella quale il re appare trascinando il cadavere di Cordelia. La morte, nelle sembianze della terza figlia respinta, viene essa stessa a tentare il vecchio eroe sul campo di battaglia e gli consiglia di rinunziare all'amore per scegliere la morte. Il vecchio tende allora vanamente le braccia verso l'amore della donna, verso le altre due sorelle, simboli della madre e della sposa. Ma non stringe che il simbolo della morte.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIV. - Nomina di ufficiali sanitari e dispensa nel caso di mutamenti di circoscrizione.

In relazione alle modificazioni di circoscrizione territoriale attuate in forza del decreto legge 17 marzo 1927, n. 383, il Ministero dell'Interno, con apposita circolare, stabilì, come è noto, determinati criteri da osservarsi nei casi di fusione e di aggregazione di Comuni. Gli impiegati non sono senz'altro globalmente licenziati, ma devono essere mantenuti in servizio limitatamente ai bisogni dell'ente, nuovo o sopravvissuto, il quale pertanto dovrà provvedere alla formazione della nuova tabella organica in corrispondenza alle esigenze dei propri servizi e provvedere poi alle dispense dei soli impiegati che risultino esuberanti in relazione ai posti stabiliti.

Questi criteri, però, se sono sufficienti nei casi di più impiegati che possano essere inquadrati nei ruoli organici, non sono applicabili quando si verifichi un caso di aggregazione o di fusione di comuni che abbiano ciascuno un ufficiale sanitario. L'ente successore ha per legge un solo posto per questo ufficio e la nomina è attribuita dalla legge al Prefetto. In base a quali criteri deve essere regolata la scelta dell'unico titolare del posto disponibile?

La G. P. A. di Napoli, in sede di tutela, espresse il parere che, al fine di conciliare le esigenze del servizio con eventuali diritti acquisiti dagli ufficiali sanitari stabili, fosse opportuno bandire un concorso interno per titoli, secondo le norme stabilite dal R. D. 29 novembre 1925, n. 2226, per l'assunzione ai posti di ufficiale sanitario, e con due sole condizioni: età non superiore agli anni 65; nomina stabile già conseguita in uno dei Comuni, fusi o aggregati. A questo criterio si uniformò l'Alto Commissario di Napoli. Il Consiglio di Stato, con decisione 17 maggio 1930, n. 293, ha ritenuto che questo procedimento corrisponda ad esigenze di equità e di giustizia. Da un punto di vista astratto così è, ma forse soltanto in parte.

Anche in questo caso si verifica una successione fra enti, come per tutti gli altri rapporti di impiego. Vi è questa particolarità: il posto risultante dalla fusione e dal riordinamento è uno solo e invece sono più i titolari delle situazioni precedenti. Non diverso è il caso del segretario comunale e, in genere, degli uffici per i quali è sufficiente o necessario un solo titolare. A noi sembra che si debba fare eccezione alle norme comuni, agli effetti dell'esercizio del potere discrezionale di dispensa dal servizio del personale esuberante. Il Prefetto può in questi casi stabilire determinati criteri, tener conto delle esigenze del servizio, dell'attività concretamente esplicata, della capacità, delle condizioni personali e di famiglia e, in genere, di tutti gli elementi che sono valutabili al fine della scelta. Se, invece, si applica il procedimento stabilito dal R. D. 29 giugno 1925, preordinato alla prima nomina, si fa dipendere la scelta soltanto dal valore dei titoli, cioè si estende ad una situazione essenzialmente diversa un sistema che può essere idoneo ed è necessario, quando si tratti di un concorso pubblico, per la nomina dell'ufficiale sanitario.

Nei casi di aggregazione o di fusione, tutti gli ufficiali sanitari dei comuni ai quali il provvedimento si riferisce, sono già impiegati, ed hanno una posizione stabile: si tratta soltanto di scegliere uno di essi o, più esattamente, si deve provvedere alla dispensa del personale esuberante. Ma per questo fine la volontà del Prefetto non può essere determinata soltanto dalla valutazione dei *titoli*, cioè di uno degli elementi che possono essere indice di capacità presunta, ma deve risultare dalla valutazione di tutti gli elementi che sono utili per stabilire chi è in concreto più idoneo a quel posto ed ha diritto a maggiore considerazione, sempre subordinatamente alle esigenze del servizio. Da questo punto di vista non sono valutabili soltanto i titoli, ma si deve tener conto anche dell'attività esplicata, delle condizioni personali e di famiglia e di tutte le circostanze che possono concorrere legittimamente a formare il giudizio del Prefetto.

A noi, quindi, sembra arbitrario applicare in questo caso il procedimento regolato dal decreto 29 novembre 1925.

Relativamente alla condizione giuridica degli impiegati nei casi di fusione e di aggregazione, è da segnalare anche la decisione del Consiglio di Stato 17 maggio 1930, n. 299, la quale conferma il principio della successione nei rapporti giuridici preesistenti: questi non si estinguono senz'altro; ma il Comune risultante dalla fusione o il Comune aggregante provvede al riordinamento dei servizi e, se del caso, alla dispensa degli impiegati esuberanti.

XXXV. - Concorso: procedimento irregolare.

Ciascun commissario disponeva di dieci punti. Il voto minimo per la dichiarazione di idoneità era di 24/30. La Commissione ripartì i titoli dei concorrenti in tre gruppi distinti, assegnando a ciascun gruppo un coefficiente rappresentato da una frazione di 10: coltura professionale; coltura generale; titoli di carriera. Uno dei concorrenti era del tutto sfornito di titoli della categoria B. Tuttavia fu dichiarato idoneo. Ma il Consiglio di Stato, in adunanza generale, con parere 30 luglio 1930, n. 205-519, ha ritenuto che, avendo la Commissione giudicatrice già deliberato di esprimere il proprio giudizio complessivo sul valore dei singoli concorrenti in base a tre gruppi di titoli, rappresentati da un uguale coefficiente in modo che i titoli di ciascuno dei tre gruppi concorresse in uguale misura alla formazione del giu-

dizio complessivo, non avrebbe potuto, in base a tali criteri, dichiarare idoneo il concorrente che, non possedendo titoli della categoria B, era sfornito di un elemento dalla stessa Commissione dichiarato necessario per il conseguimento della idoneità.

Ha anche ritenuto che la Commissione non potesse poi riformare il suo giudizio con una votazione unica e complessiva, avendo già determinato i criteri da seguire, distinguendo i vari titoli in diverse categorie ed assegnando a ciascuna di esse un coefficiente rappresentato da una frazione di punti. Sicchè la somma dei voti relativi ai tre coefficienti doveva formare il giudizio e questo non poteva essere modificato mediante una nuova valutazione complessiva e di insieme.

XXXVI. - Licenziamento per fine di prova : illegittimità.

È illegittima, per eccesso di potere, la deliberazione che dimette un impiegato (nella specie, segretario comunale) per fine del periodo di prova, se è in stridente contrasto con i certificati rilasciati dalle varie amministrazioni succedutesi, le quali, sia durante l'interinato (*nel caso concreto, anni dodici*), sia durante il biennio di prova, attestarono costantemente e senza la più lieve nota discordante che l'impiegato continuava a prestare l'opera sua con la massima competenza, diligenza e imparzialità, in modo da meritare completa fiducia.

Questa risoluzione risulta dalla sentenza del Consiglio di Stato, Sezione V, 14 giugno 1930, n. 379; ma deve essere intesa con molta cautela. Generalmente, il Consiglio di Stato non attribuisce molta importanza ai certificati di lodevole servizio, in contrasto col giudizio finale circa la prova. Il caso deciso in senso apparentemente diverso da questo indirizzo, presentava speciali elementi dal punto di vista dell'eccesso di potere.

XXXVII. - Periodo di prova : effettività.

Il periodo di prova deve essere effettivo. Si è verificato questo caso. Un impiegato, essendo stato sottoposto a procedimento penale, fu sospeso dall'ufficio. Essendo stato poi prosciolto chiese la riammissione in servizio.

Il Podestà lo licenziò per fine del periodo di prova. Correttamente, però, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 14 giugno 1930, n. 377, ha dichiarato illegittimo ed annullato questo provvedimento perchè il Podestà avrebbe dovuto riammettere l'impiegato in servizio e, salvo il caso di licenziamento per motivi disciplinari, avrebbe dovuto attendere il compimento del periodo di prova prescritto dalla legge, salvo a deliberare poi in base ai risultati dell'esperimento.

Questa risoluzione applica un criterio di massima che risulta dalla legge: la prova presuppone una effettiva prestazione di servizio; se è interrotta non si può tener conto del periodo di sospensione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le cariche nei Sindacati Medici.

L'on. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha diramato ai Segretari e Commissari dei Sindacati Provinciali Fascisti dei Medici la seguente circolare in data 20 nov.:

« Le elezioni alle cariche direttive dei Sindacati Provinciali Fascisti dei Medici dovranno avere luogo entro l'anno corrente ed al più tardi entro gennaio prossimo.

Ogni Segretario e Commissario Provinciale deve prendere subito accordi con i rispettivi Ispettori Regionali della Confederazione Professionisti ed Artisti per stabilire la data dell'Assemblea, data che deve essere sollecitamente comunicata a questo Sindacato Nazionale dei Medici — Corso Vittorio Emanuele, 24 — che ne informerà la Confederazione.

L'Assemblea dei Sindacati Provinciali sarà formata dai soli medici tesserati ed in regola coi pagamenti, e ad essi soltanto i Segretari o i Commissari Provinciali invieranno l'avviso scritto a norma dell'art. 13 dello Statuto dei Sindacati Provinciali.

Circa la composizione numerica dei Direttorii dei diversi Sindacati Provinciali dei Medici questo Sindacato Nazionale ha già espresso il parere alla Confederazione che i Sindacati Provinciali che non raggiungono il numero di cento soci tesserati abbiano il Direttorio di sei membri (compreso il Segretario che lo presiede ed il membro nominato dalla Sezione Provinciale dell'Associazione Nazionale Mutilati Invalidi di Guerra) e che i Sindacati Provinciali che abbiano da cento a meno di duecento iscritti tesserati formino il Direttorio di otto membri (compresi il Segretario ed il rappresentante dell'Associazione Mutilati); e che tutti gli altri Sindacati Provinciali Medici che hanno un numero di tesserati da duecento in su abbiano un Direttorio di dieci membri (compresi il Segretario ed il rappresentante dell'Associazione Mutilati).

Ciascuna Assemblea dovrà eleggere fra i soci del Sindacato anche i revisori dei conti che sono in numero di tre per ciascun Sindacato Provinciale.

Avvenuta la elezione, la S. V. segnalerà a questo Sindacato Nazionale e per tutti i membri eletti i dati seguenti: cognome, nome, paternità, data e luogo di nascita, luogo di residenza, qualifica, data di iscrizione al Partito Nazionale Fascista, data di iscrizione al Sindacato.

Per uniformarmi ai criteri del Governo, invito i Signori Segretari e Commissari Provinciali a voler ridurre subito del quindici per cento le tariffe delle prestazioni sanitarie già pubblicate negli appositi elenchi ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Tariffe per indagini del Laboratorio Fisico della Sanità Pubblica.

Il Capo del Governo, Primo Ministro Segretario di Stato, Ministro Segretario di Stato per gli Affari dell'Interno, ed il Ministro delle Finanze; visto il D. M. 1° novembre 1925; considerata la necessità di determinare le tariffe da applicarsi nei casi in cui il Laboratorio Fisico della Sanità Pubblica esegue nel campo delle proprie attribuzioni, indagini, controlli e misure per conto di privati; hanno emanato un decreto in data 24 ottobre, col quale stabiliscono:

1°) La tariffa da applicare per la esecuzione di indagini, controlli e misure per conto di privati, da parte del Laboratorio Fisico della Sanità Pubblica, è stabilita come appresso:

1) determinazioni di caratteristiche per apparecchi per alimentazione di ampolle per raggi X, L. 200;

2) determinazioni di caratteristiche di ampolle per raggi X, L. 100;

3) studio e collaudo di materiali anti X, L. 50;

4) studio di sorgenti di radiazioni in uso in terapia, L. 200;

5) determinazioni di caratteristiche di apparecchi elettromedicali, da L. 100 a L. 200;

6) taratura di termometri: L. 5 per un termometro con un massimo di L. 50 fino a una dozzina, e L. 3 l'uno con un minimo di L. 50 per quantità superiori alla dozzina;

7) taratura di apparecchi di misura in genere, da L. 50 a L. 200.

L'importo effettivo da corrispondersi per le operazioni indicate ai numeri 5 e 7 sarà determinato di volta in volta entro i limiti suindicati dal Capo del Laboratorio Fisico.

2°) La domanda per ottenere l'esecuzione delle indagini, misure e controlli sopraricordati da parte del Laboratorio Fisico della Sanità Pubblica, redatta su regolare carta da bollo, dovrà essere indirizzata al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) e dovrà essere accompagnata dalla quietanza di versamento alla R. Tesoreria Provinciale di Roma della somma indicata nell'art. 1 per l'operazione corrispondente a quella richiesta, con imputazione all'art. 179 del bilancio dell'entrata per l'esercizio corrente.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha diramato ai Prefetti e Autorità similari delle province malariche una circolare in data 6 novembre, riguardante il funzionamento dei *Comitati provinciali antimalarici*. Ha notevole importanza in quanto che precisa e coordina le direttive e le norme generali della lotta antimalarica. Per deficienza di spazio siamo costretti a rimandarne la pubblicazione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alia (*Palermo*). — Scad. 20 feb.; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 500 uff. san., addizion. L. 3 oltre i 1000 iscritti; età lim. 23-35 a.; tassa L. 50.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Il termine di scadenza stabilito pel 15 dicembre per il concorso bandito in data 15 settembre, pel conferimento dei posti di Direttore della Sezione Medico micrografica ed assistente della Sezione Chimica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi è stato prorogato sino alle ore 18 del 31 gennaio 1931, ferme restando tutte le altre condizioni.

Baronissi (*Salerno*). — Condotta medico-chirurgica. Stipendio annuo L. 6500, caro viveri compreso, suscettibile di quattro aumenti quadriennali, ciascuno del decimo dello stipendio base; oltre l'indennità di cavalcatura in L. 3000 pel medico provvisto di cavallo con carrozza, o di automobile; salvo le riduzioni e ritenute di legge. Residenza obbligatoria nel Capoluogo del Comune. La domanda con i documenti di rito, titoli scientifici, ecc., debbono pervenire alla Segreteria Comunale entro il 20 gennaio 1931. Richiedere alla stessa il bando di concorso.

Brescello (*Reggio Emilia*). — A parziale rettifica dell'avviso pubblicato nei precedenti N. 49 e 50 ci viene comunicato che il concorso è per la 2ª condotta e le L. 1000 per l'Ospedale si riferiscono al servizio come assistente nell'Ospedale del Capoluogo.

Cavallirio (*Novara*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 8000. Indennità bicicletta L. 500. Indennità ambulatorio L. 150. Aumento di un ventesimo ogni biennio per dieci volte. Età massima anni 35. Scadenza 31 dicembre salvo proroga. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Codevigo (*Padova*). — Scad. 30 dic.; per chiarimenti rivolgersi Segreteria.

Fermo (*Ascoli Piceno*). — Condotta chirurgica primaria per la Città e l'Ospedale. Scadenza 10 gennaio 1931. Per le condizioni chiedere il bando di concorso alla Segreteria Comunale.

Foggia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esame. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del locale Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 14.080 suscettibile di 4 aumenti quadriennali del decimo. oltre il supplemento di serv. attivo in L. 1408 e l'indennità caro-viveri se dovuta. Le dette rimunerazioni sono al netto della riduzione del 12 % di cui il R. D. L. 20 nov. 1930, N. 1491. Titolo di studio: diploma di abilitaz. all'eserc. della profess. di medico-chirurgo o diploma di laur. in med. e chir. ottenuto entro il 31-12-1924 o conseguito entro il 31-12-1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31-12-1923, N. 2909. Scadenza ore 12 del 31 gennaio 1931. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministr. Provinciale di Foggia.

Foggia. *R. Prefettura della Capitanata.* — Ufficiali sanitari per 6 comuni ed un consorzio; proroga a tutto 31 dicembre.

Gavi (*Alessandria*). — Scad. 20 gen.; L. 7000 oltre L. 2500 cav., L. 1400 se uff. san.

Guidizzolo (*Mantova*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., L. 1800-2500 trasp.

Intra (*Novara*). — 1ª condotta medica pei poveri; ab. 8500 circa; L. 8625 e 5 quinquenni dec. per 1400 pov.; addizion. L. 3, c.-v.; L. 500 bicicl.; scad. 31 dec. Tassa L. 50,10. Doc. a 6 mesi dal 20 nov.

Longone Sabino (*Rieti*). — Scad. 25 dic.; lire 10.500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v. L. 400; indenn. cavalc. da stabilirsi.

Montappone (*Ascoli Piceno*). — Scad. 1° marzo; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indennità forese, L. 400-1700-2700 trasp.; 5 quadrienni dec.; assistenza gratuita 25 % della popolazione (2200 ab.); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Roma. *Camera dei Deputati.* — Il concorso al posto di medico è stato prorogato al 31 dicembre.

Romana (*Sassari*). — Con Monteleone Rocca Doria; L. 15.520 tra stip. e indenn. varie; tassa lire 50,15. Scad. 5 gen.

Santa Brigida (*Bergamo*). — Scad. 15 feb.; con Averana e Cusio; L. 10.000 e c.-v., oltre L. 540 per uff. san.; 5 quinquenni dec.; tassa L. 50,10. Ab. 2500 circa; poveri 50.

S. Vittoria d'Alba (*Cuneo*). — Scad. 15 gen.; L. 9000 con le detrazioni di legge, oltre L. 500 uff. san., L. 4000 per obbligo automobile, 3 quinquenni dec.; tassa L. 50.

S. Chirico Raparo (*Potenza*). — Scad. 31 dic.; L. 7000 e 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Torrita di Siena (*Siena*). — Scad. 31 dic.; 2ª cond., pel capol.; L. 7500 oltre assegno mobile se mantenuto; 6 quadrienni dec.; L. 3500 cav.; assicurazione. Età lim. 40 a. Doc. a 6 mesi dal 15 nov. Tassa L. 50,15. Serv. supplenze con diaria di L. 25.

Trapani. — Scad. 20 feb.; sezione rurale; lire L. 8500 oltre L. 2500 trasp., L. 200 aumentabili a 1200 arm. farm., 3 quadrienni e 3 quinquenni L. 750; tassa L. 50.

Concorso per un lavoro scientifico.

È bandito un concorso col premio di L. 3000 (tremila) per il miglior lavoro originale intorno al seguente argomento: « Sull'azione esercitata da unguenti secchi a base di latte sgrassato, glicerina e ossido di zinco, applicati sull'epidermide invece del grasso, con speciale riguardo ai fenomeni di protezione, permeabilità ed assorbimento ».

La memoria dovrà essere sperimentale e non di compilazione.

La Commissione giudicatrice è composta da tre professori liberi docenti in dermatologia. Essa si riserva ogni diritto sulle pubblicazioni pervenute.

Le memorie dattilografate dovranno pervenire non oltre il 30 giugno 1931 all'Istituto Dermatologico Italiano « Hecotect », Roma - Via Gaeta 14, al quale devono pure essere richiesti gli eventuali schiarimenti sul concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nel concorso per la patologia e clinica medica della R. Università di Sassari il primo posto è stato conquistato dal prof. Giuseppe Sabatini, il quale così, assai giovane e in modo molto lusinghiero, giunge alla cattedra ufficiale e vede compensata non solo la sua vita di lavoro, di studio e di produzione nel campo scientifico, ma anche la sua passione per l'insegnamento, che lo ha portato, nel 1927, quando la Facoltà di Sassari gli offrì l'incarico di dirigere quella Clinica Medica, a distaccarsi da Roma.

Ha trascorso a Roma la sua prima carriera.

Laureatosi giovanissimo, medico degli Ospedali Riuniti, 1° aiuto della Clinica medica, libero docente a 26 anni di patologia medica e poi di clinica medica e di semeiotica, il Sabatini fa onore alla Scuola romana ed al suo maestro prof. Ascoli. È seguito nell'ascesa dalla cordialità dei conoscenti, che sono innumerevoli, dall'affetto dei colleghi e degli amici e sopra tutto dal caldo sentimento degli allievi, sui quali il Sabatini ha sempre esercitato molto fascino, per la caratteristica di comprendere e penetrare le anime degli scolari.

Fin dal 1911 — e cioè da quando era ancora studente — il prof. Sabatini è collaboratore ed amico saldo del « Policlinico », che gli esprime il proprio compiacimento affettuoso.

Il prof. Pio Bastai, già incaricato, è nominato titolare di patologia medica a Modena.

Il prof. Quirino Di Marzio è nominato professore di clinica oculistica a Cagliari, in sostituzione del prof. Biagio Alajmo, chiamato a Perugia. Rallegramenti vivissimi.

Il prof. Prassitele Piccinini è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti sentiti.

Il prof. Wilhelm Brünning di Jena ha accettato di sostituire il prof. B. Heine sulla cattedra di oto-rino-laringologia.

Il prof. E. Koch di Colonia è nominato direttore della Sezione di patologia sperimentale e terapeutica nell'Istituto Kerkoff di Bad-Nauheim.

All'Accademia Nazionale di Medicina del Messico è stata eletta, per l'esercizio 1930-31, la seguente Giunta Direttiva: presidente, dott. Luis Rivero Borrell; vice-presidente, dott. Demetrio López; segretario perpetuo, dott. Alfonso Prunoda; segretario annual, dott. Leopoldo Escobar; tesoriere, dott. Benjamín Bandera.

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha tenuto a Roma la sua riunione periodica nella sede del Centro Nazionale di notizie tecniche che sta per iniziare il suo regolare funzionamento.

Il Direttorio ha approvato la proposta del Comitato nazionale per la medicina di pubblicare una nota per rivendicare la priorità dell'italiano prof. Samuele Salati nell'invenzione del Termoforo elettrico.

Il Direttorio su proposta del Comitato nazionale medico ha deciso di dare tutto il suo appoggio per aiutare le ricerche del prof. Ceni dell'Università di Bologna sui rapporti fra psiche e glandole a secrezione interna.

Società italiana per il progresso delle scienze.

Sotto la presidenza dell'on. barone Gian Alberto Blanc, presidente della Società Italiana per il progresso delle Scienze, si è adunato a Roma, in seduta plenaria, il Comitato scientifico della Società, con l'intervento del grand'uff. Ugo Frascherelli, direttore generale dell'Istruzione superiore. Si è deliberato di affidare ad una Commissione composta del sen. Millosevich, dei proff. Sergi ed Ussani e del gr. uff. Frascherelli la preparazione di uno schema di regolamento pel conferimento dei tre premi di 15 mila lire l'uno che il Ministro dell'Educazione Nazionale ha affidati alla Società per premiare e promuovere studi e ricerche scientifiche. Il Comitato ha esaminato e discusso gli ordini del giorno presentati dalle diverse Sezioni scientifiche nel recente Congresso di Bolzano-Trento. Quanto alla sede del prossimo Congresso del 1931, il Comitato, presa cognizione degli inviti dei Podestà di Bari e di Milano, ha deliberato di rimettere ogni decisione in proposito al Consiglio di presidenza della Società.

L'ordinamento della Croce Rossa.

La Camera dei deputati ha approvato il disegno di legge sull'ordinamento della Croce Rossa Italiana.

L'on. Giardino ha ricordato le grandi benemerenze in guerra della Istituzione e quelle non meno degne di rilievo che essa si è acquistate in pace e che il suo attuale presidente sen. Cremonesi tende ad allargare sempre più. Prova ne è il valido e pronto contributo di soccorso dato dalla Croce Rossa in occasione dei terremoti del Vulture e delle Marche e prova ne è tutta la vasta attrezzatura assistenziale che si va ogni giorno perfezionando e potenziando.

Commissione per le piante medicinali.

Presso l'Ente Nazionale per l'artigianato e le piccole industrie, si è insediata la Commissione di vigilanza dell'Ufficio nazionale per la difesa e il commercio delle piante aromatiche medicinali ed affini. A presidente della detta Commissione è stato eletto il sen. barone Elia Morpurgo.

Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

Mentre questo numero va in macchina, si tiene a Roma, dal 18 al 21 corr., il Congresso annuale

della Società italiana di ostetricia e ginecologia. Ci riserviamo di darne il resoconto.

Scuola di perfezionamento di medicina del lavoro a Roma.

Alla presenza di S. E. il Ministro Bottai si è inaugurata a Roma, il 12 corr., la Scuola di perfezionamento di medicina del lavoro, istituita dalla R. Università presso il primo Policlinico italiano del lavoro, fondazione dell'Unione industriale fascista del Lazio, che ha messo a disposizione appositi locali per le lezioni, nonchè i suoi modernissimi gabinetti delle varie specializzazioni, in modo che la Scuola possa anche portare le sue osservazioni sperimentative sul gran numero di lavoratori che affluiscono al Policlinico stesso (oltre 9000 nei primi 18 mesi di vita).

Alla cerimonia intervennero il Rettore della Università, prof. De Francisci, il presidente del Comitato amministrativo del Policlinico del lavoro, on. prof. Cesare Serono, ed altre autorità e personalità.

L'on. Serono ha espresso la soddisfazione degli industriali del Lazio, i quali, con l'istituzione del Policlinico del lavoro, hanno dato vita ad una magnifica opera di assistenza sociale; questa iniziativa viene ammirevolmente perfezionata nel campo scientifico e didattico, con l'attuazione della scuola. Ha anche annunciato che l'Ufficio industriale fascista del Lazio completerà la sua opera, donando, alla scuola, una biblioteca scientifico-tecnica e un Museo di medicina del lavoro, mettendo a disposizione di essa un sussidio e istituendo varie borse di studio per gli iscritti.

Il prof. Busi, preside della Facoltà di medicina e direttore della scuola, ha rilevato come la R. Università di Roma, accogliendo, prima tra le Università del Regno, l'appello dei due Ministeri delle Corporazioni e dell'Educazione Nazionale, ha istituito la scuola ora inaugurata.

Ha quindi dato la parola al prof. Aristide Ranelletti, che ha svolto la sua prolusione sul tema: « Insegnamento della medicina del lavoro ».

Scuola di perfezionamento sulla tubercolosi a Genova.

Anche quest'anno funziona la Scuola Libera di Perfezionamento sulla Tubercolosi a Genova, sotto la direzione del prof. E. Maragliano. La Scuola è essenzialmente pratica e ha per scopo di fornire ai medici il mezzo di addestrarsi sovratutto nella conoscenza di quanto concerne le conquiste sulla tubercolosi nelle loro applicazioni alla clinica ed alla terapia e con speciale riguardo alla diagnosi precoce delle malattie tubercolari del polmone. I frequentatori della Scuola hanno come campo di osservazione: *a*) la Clinica Tubercolare del grande Ospedale di S. Martino; *b*) il Reparto di Accertamento dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi; *c*) i laboratori dell'Istituto Maragliano. La Scuola è libera nel senso assoluto della parola, inquantochè non richiede formalità burocratica alcuna. I medici che desiderano frequentarla non hanno che a significarlo al Direttore. Gli ammessi sono liberi di frequentarla nel modo che conviene loro: a periodi continuati, ad intervalli discontinui. Del tempo passato nella Scuola ricevono un certificato che lo comprova. La Scuola funziona a tutto giugno del 1931. Per comunicazioni relative indirizzarsi al direttore sen. E. Maragliano, Genova.

Corsi complementari e di perfezionamento a Parigi.

Numerosi corsi complementari e di perfezionamento sono stati organizzati, per il 1931, dalla Facoltà Medica di Parigi. A richiesta s'invia il programma dettagliato. Rivolgersi alla A.D.R.M. (Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Amis), Faculté de Médecine, rue de l'École de Médecine 12, Paris (VIe), Francia.

Corsi internazionali di perfezionamento a Berlino.

Avranno luogo con l'appoggio della Facoltà medica, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa « Kaiserin Friedrich ».

Nel bimestre marzo-aprile 1931 si terranno i seguenti corsi: 1) patologia (2-7 marzo), onorario 50 RM.; 2) per medici pratici: una settimana di terapia ed una di diagnostica (9-21 marzo), onorario 75 RM.; 3) progressi pratici della radiologia (22-29 marzo), onorario 80 RM.; 4) chirurgia (13-18 aprile), onorario 75 RM.

Corsi singoli in tutti i campi della medicina, con esperimenti pratici, hanno luogo ogni mese.

Per l'ottobre 1931 sono in preparazione i seguenti corsi: medicina interna; chirurgia toracica; urologia; cure fisiche e dietetiche. Informazioni presso l'ufficio del « Dozentenvereinigung »; Luisenplatz 2-4, Berlin NW 6, Germania.

Un corso di patologia esotica e parassitologia (compresi i punti più importanti dell'igiene) sarà tenuto a Berlino in marzo, dai proff. Bruhns, Nöller, C. Schilling e Ziemann, contemporaneamente ai corsi internazionali suddetti. Verranno prese in esame anche le malattie infettive, sessuali e cutanee ubiquitarie. Programmi dal prof. Hans Ziemann, Pathologisches Museum der Charité, Berlin, Germania.

Corso di tisiologia ad Agrigento.

Si è già svolto ad Agrigento con pienissimo successo il primo corso di tisiologia per medici condotti e liberi professionisti, di cui abbiamo già dato notizia.

Il 7 dicembre ebbe luogo la lezione di chiusura, dettata dal preside della Facoltà medica di Palermo, prof. L. Manfredi, sul tema « Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia ».

Alla presenza di S. E. il Prefetto e di Autorità, venne fatta la consegna dei diplomi di frequenza e profitto a ben settantatre medici.

Per le cure nelle RR. Terme.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni comunica che nel corso di quest'anno ha iniziato il suo programma di assistenza sanitaria ai propri assicurati, ottenendo per essi facilitazioni e notevoli ribassi sulle tariffe di cura nelle Regie Terme di Acqui, Salsomaggiore, Chianciano, Acque Albule di Tivoli e Agnano di Napoli.

Preventorio antitubercolare a Marina di Leuca.

L'on. gen. Starace ha inaugurato a Marina di Leuca (Terra d'Otranto) il Preventorio antitubercolare, istituito dal Consorzio provinciale per la lotta contro la tubercolosi, mercè la munifica elargizione di circa quattro milioni, fatta a tale scopo al Consorzio stesso da Luigi Scarfoglio.

Le donazioni agli ospedali di Londra.

La relazione statistica per il 1929 sugli ospedali di Londra, informa che le elargizioni non hanno subìto alcuna deflessione, malgrado fosse già in corso la crisi industriale che poi è venuta accentuandosi. Furono anzi in aumento: quelle in denaro raggiunsero una somma pari a circa 170 milioni di lire it., contro 150 milioni incirca del 1927; se vi si sommano le donazioni in immobili, si va ad oltre 250 milioni di lire it.; il bilancio complessivo degli ospedali di Londra ha raggiunto quasi 350 milioni di lire it. Com'è noto, gli ospedali di Londra sono sostenuti da contributi liberi.

L'Unione Medica Latina.

Il 10 corr. ebbe luogo a Parigi un banchetto, da noi già annunziato, organizzato dall'Unione Medica Latina; v'intervennero il R. Ambasciatore d'Italia conte Manzoni, quale presidente d'onore, ed altre personalità italiane, fra le quali il Console Generale.

Il conte Manzoni ha pronunciato un applaudito discorso in cui, dopo aver tracciato rapidamente la storia della medicina in Italia, mettendone in rilievo le numerose glorie, ha auspicato un sempre più alto avvenire all'Unione Medica Latina e ha terminato brindando al Presidente della Repubblica.

Ha poi parlato fra gli altri il dott. Dartigue, presidente e fondatore dell'Unione Medica Latina, il quale ha inneggiato all'Italia, culla della stirpe latina, e ha rivolto un saluto a Mussolini grande genio politico e mecenate delle scienze mediche che — ha soggiunto l'oratore — si è rivelato anche un mirabile chirurgo per aver effettuato la trasformazione dell'Italia, operando in essa la trasfusione di un nuovo sangue. Applausi scroscianti hanno accolto le parole dell'oratore.

Da ultimo l'illustre prof. Gosset ha esaltato la scienza medica italiana e ringraziato l'Ambasciatore Manzoni per il suo intervento.

I rappresentanti italiani nella Federazione della Stampa Medica Latina.

Ai posti spettanti all'Italia nel Comitato Permanente della Federazione della Stampa Medica Latina sono stati nominati: l'on. prof. Ermanno Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Medico; il prof. comm. Rocco Jemma, direttore della Clinica pediatrica della R. Università di Napoli; il sen. prof. Baldo Rossi, direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Milano.

Commemorazione di Guido Baccelli.

Il 10 dic. nell'aula magna del Liceo « Visconti » in Roma ebbe luogo una solenne commemorazione di Guido Baccelli.

Erano presenti: il ministro Giuliano, il ministro Bottai e signora, il Governatore di Roma, la contessa Baccelli e figlia, i senatori Maragliano e Gabbi, i deputati Dudan, Cartoni, Borghese, Sacconi, i componenti la famiglia Baccelli, il prof. Vittorio Nazari che fu capo di gabinetto del Baccelli al Ministero di agricoltura e commercio, anche per rappresentare il Comitato Nazionale Forestale, il prof. Romolo Artioli segretario del Comitato per il monumento a Baccelli ed uno stuolo di medici, amici ed ammiratori dell'illustre estinto.

Il prof. Giuseppe Brucchetti fece rivivere, nella memoria dei presenti, la poliedrica figura di Guido Baccelli, lumeggiandone le benemerenze scientifiche, politiche e didattiche.

Scoprimento di una targa a G. Vassale.

Il 28 novembre, inaugurandosi nell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Modena la nuova aula per le lezioni, venne scoperta, nella stessa, una targa dedicata a G. Vassale, che diresse l'Istituto dal 1894 al 1913.

La targa porta un medaglione in bronzo del Vassale, opera dello scultore U. Magnavacca e l'epigrafe: « Giulio Vassale - da Lerici - giugno 1862-gennaio 1913 - gloria d'Italia nel mondo - per immortali scoperte - instauratrici della endocrinologia - nell'Istituto ove rifulse il suo genio - colleghi e allievi posero: novembre 1930: IX. E. F. ».

Parlarono il prof. Arturo Donaggio, preside della Facoltà di Medicina, e il prof. Guido Guerrini, titolare della cattedra di Patologia generale che fu già tenuta da G. Vassale.

Morte di un filantropo inglese.

È morto a Londra, mentre festeggiava il 65° compleanno, sir Otto Beit, che fu uno dei più ricchi proprietari di giacimenti diamantiferi del sud-Africa. Ha fatto ingenti elargizioni a scopi scientifici, tra cui una di 165 mila sterline, pari a circa 16 milioni di lire it., all'Associazione per le ricerche mediche; una di 50 mila sterline, pari a circa 5 milioni di lire it., all'Ospedale Re Edoardo, per l'acquisto di radio; abbiamo già dato notizia delle pensioni di studio Beit (v. n. 48, pag. 1770).

Nebbia mortifera nella vallata della Mosa.

Una nebbia opaca ha invaso per tre giorni la regione mosana, provocando gravissimi fatti d'intossicazione: è costata la vita ad un centinaio di persone, ne ha reso malate un migliaio, ha recato gravissimi pregiudizi anche al bestiame agricolo, di cui sono morti molti capi, mentre altri si sono dovuti abbattere perchè resi molto malati.

Il gravissimo fenomeno, di cui si è occupata largamente la stampa quotidiana, resta tuttora avvolto nel mistero.

Sono state formulate le ipotesi più disparate per tentare di spiegarlo; così il prof. Haldane, di Cambridge, suppone trattarsi di una vera malattia infettiva; il prof. Brouardel si è dichiarato propenso ad ammettere l'azione di gas o di polveri industriali, divenute attive per l'azione dell'umidità; a queste ipotesi si avvicinano molti altri studiosi; si è anche invocato l'addensamento di ossido di carbonio; si è ammesso che la nebbia fitta possa esercitare un'azione nefasta su individui cardiopatici od asmatici (se ne hanno degli altri esempi); e così via.

Il Governo del Belgio ha voluto esprimere un plauso speciale ai medici. Il ministro Damas ebbe a dichiarare in Senato: « Considero come un dovere imperioso il rendere un omaggio ben meritato ai medici, che hanno curato i malati con una devozione ed un coraggio instancabili; ad essi, che sono rimasti giorno e notte al loro posto, per compiere questa nobile missione: lenire i dolori di coloro che soffrono, salvando il maggior numero possibile di vite umane ».

Sono in corso delle inchieste.

G. B. QUEIROLO



Nato a Cicagna il 20 ottobre 1856, compì i suoi studi di Medicina presso l'Università di Genova, ove conseguì la laurea nel 1882.

Subito dopo fu nominato assistente nella Clinica Medica di Genova e sotto la guida di Edoardo Maragliano condusse a termine i suoi primi lavori che ne misero in evidenza l'alta personalità scientifica. Passò poi come assistente nell'Istituto di Patologia Generale e di Anatomia Patologica del prof. G. Salvioli.

Nel 1886 fu dalla Facoltà di Genova incaricato dell'insegnamento della Patologia Speciale Medica, della cui cattedra poi fu nominato titolare l'anno dopo, in seguito a pubblico concorso, e che tenne con grande onore fino al 1893 quando, pure in seguito a concorso, salì alla Cattedra di Clinica Medica dell'Università di Pisa.

Fra le numerosissime pubblicazioni di G. B. Queirolo ricordiamo, tra gli studi giovanili, quelli sulla « Azione della Pilocarpina sul cuore », sulla « Percussione della Milza », sul « Polso raro nella faringite acuta », sulla « Patogenesi del tumore di milza nella polmonite », sul « Meccanismo della produzione del murmure vescicolare », sulla « Ottusità mobile fisiologica dell'addome », sul « Polso delle narici negli aneurismi », sulle « Alterazioni circolatorie nell'ascite », sul « Meccanismo della respirazione », sulla « Tossicità del sudore », sulla « Funzione terapeutica della diaforesi nelle malattie infettive » e tanti altri che lo spazio ci impedisce di riportare dettagliatamente.

Raggiunta la Cattedra di Clinica Medica Egli intensificò ancora la sua attività di ricercatore, ed intraprese gli studi, che restarono celebri, sulla funzione protettrice dell'intestino verso le intossicazioni intestinali, funzione che, già intuita dallo Stich, ebbe la sua più completa dimostrazione dagli arditi esperimenti del Queirolo, il quale, con tecnica personale, riuscì a stabilire una diretta comunicazione tra la vena porta e la vena cava, attuando un metodo diverso e più semplice di quello adottato dell'Eck.

Importantissimi studi G. B. Queirolo compì sulla fisiopatologia dell'ictus cordis, sulla insufficienza cardiaca senza vizio valvolare, sulla diagnosi delle cisti da echinococco, sulla patogenesi dell'itterizia, sul trattamento dietetico della febbre tifoide, sopra un metodo originale per la determinazione dell'area gastrica da lui illustrato al Congresso Medico di Wiessbaden, sulla semejologia degli ascessi subfrenici, sull'*angina pectoris*, sull'etiologia della sclerosi a placche, sulla diagnosi radiologica e diagnosi clinica degli aneurismi, ecc.

Durante il suo lungo insegnamento il prof. Queirolo dette opera alla pubblicazione di pregevoli volumi nei quali è riunita la ricca casistica che ha formato oggetto nelle sue lezioni cliniche ed è illustrata l'opera scientifica della sua scuola. Inoltre collaborò alla compilazione di classici Trattati di Medicina quali quello del Cantani e Maragliano e quello del De Giovanni, e dette la sua collaborazione alla grande Enciclopedia Italiana Treccani.

L'attività di insegnante e di scienziato non andò disgiunta da quella di cittadino, animato dal più grande affetto per il proprio Paese e che lo spinse sino dall'età giovanile alle lotte politiche e amministrative. Nel 1905 fu eletto rappresentante al Parlamento Nazionale ove sedette ininterrottamente finchè nel 1919 fu chiamato a far parte del Senato del Regno, ove pronunziò importanti discorsi, quali quelli « Sulle riforma dell'insegnamento secondario », « Sulle esigenze dell'alta cultura », « Sui mezzi per combattere l'analfabetismo », « Sull'insegnamento religioso », « Sui concorsi universitari », « Sulla riforma universitaria », ecc.

Coll'assunzione alla Cattedra di G. B. Queirolo s'iniziò un nuovo periodo nella Storia della Clinica Pisana. Alle tradizioni gloriose dell'Ateneo, all'alto valore dei maestri che in esso si erano succeduti, mal rispondevano i mezzi di cui la Clinica poteva disporre. Situata in locali miseri e indecorosi, era sprovvista di strumenti ed apparecchi scientifici. G. B. Queirolo intraprese subito allora una lotta indefessa, animata da fede incrollabile e da tenace volontà per ottenere al suo Istituto migliori condizioni di esistenza, lotta che il Queirolo non abbandonò mai finchè non ebbe condotto la Clinica all'odierno splendore.

Vinte difficoltà che sembravano insuperabili, la Clinica potè fin dal 1894 avere sede più degna, capace di ricoverare un maggior numero di infermi e di offrire allo studio laboratori e gabinetti, meno insufficienti e meno inadeguati ai crescenti bisogni; ma il Queirolo non si appagò e non si concesse tregua finchè col munifico concorso degli Enti locali e dello Stato ottenne che nel 1921 fosse inaugurato il magnifico Istituto che è frutto della sua tenace volontà e che costituisce certamente uno dei più belli che vanti l'Italia.

Impossibile sarebbe riassumere l'attività esplicata dai numerosi e valorosi discepoli di G. B. Queirolo; essa concerne quasi tutti i campi degli studi clinici, costituiti in parte da opere

di concezione originale ed in parte da studi e da ricerche intesi ad integrare l'opera del Maestro alla quale si ispirano.

Grande medico e soprattutto medico nel senso più completo e nobile della parola, Egli assegnò allo studio dell'ammalato il posto d'onore nell'insegnamento e perciò può affermarsi che gli alunni educati alla sua Scuola lasciarono l'Università pronti ed agguerriti per le diuturne battaglie della vita professionale come da poche altre Scuola d'Italia: questo è uno dei titoli di benemerenza di G. B. Queirolo e della Scuola che Egli diresse.

A queste sue alte benemerenze di scienziato, di Maestro, di Cittadino, aggiunse il Queirolo altre benemerenze verso la Patria quando, in occasione del terremoto calabro-siculo, durante la guerra libica e durante il conflitto mondiale, prodigò tutto se stesso e pose a servizio del paese la sua grande dottrina e la buona organizzazione della sua Clinica.

Per queste benemerenze insigni, per la eletta nobiltà del carattere, per la insuperabile bontà del suo animo, la Memoria di questo Grande rimarrà perennemente onorata ed amata.

G. CARRERAS.

Il 22 novembre, improvvisamente, per attacco di angina pectoris, si spegneva a Vienna, in età di 80 anni, il prof. ERNESTO FUCHS, che può ben considerarsi il Maestro di tutti gli Oftalmologi. Egli era conosciuto in tutto il mondo e dovunque raccolse onori, stima, ammirazione, come frutto del Suo lavoro, della Sua scienza, del Suo insegnamento. Giacchè gli allievi affluivano a Lui da tutta l'Europa, dalle lontane Americhe, dall'Asia, ed erano sempre da Lui accolti con benevolenza veramente paterna. Lo ricordo nel settembre dello scorso anno, al Congresso Internazionale di Amsterdam, circondato dalla venerazione di tutti i congressisti che, giovani o vecchi, si riunivano attorno a Lui, riconoscendo la Sua superiorità di grande insuperabile Maestro.

Fu per 34 anni ordinario della II Clinica Oculistica di Vienna, e quando lasciò l'insegnamento, al Suo successore Meller, che Lo pregava di tenere ancora qualche lezione agli studenti, rispose accettando di buon grado, poichè la Sua vita, trascorsa tra gli studenti, era vuota lontano dall'insegnamento.

Vissuto in un'epoca in cui gli strumenti scientifici erano di là da venire, ha lasciato studi importantissimi sull'anatomia, sull'istologia e sulla fisiologia dell'occhio, e tra questi i lavori sui muscoli oculari, sulla circolazione sanguigna e linfatica dell'occhio, sull'anatomia del'iride, ecc. Anche lavori magistrali ha scritto sull'anatomia patologica, come l'Oftalmite settica, l'Infiammazione simpatica, i Tumori intraoculari, ecc.

A parecchie malattie da Lui studiate e descritte è stato dato il Suo nome: così la Distrofia epiteliale della cornea, l'Episclerite periodica fugace, la Retinite circinnata e molte altre. Il Suo Manuale di Oculistica, che costituisce la Bibbia oftalmologica, fa parte della biblioteca di ogni oculista e parecchie generazioni di studenti lo ebbero tra le mani; è stato tradotto in tutte le lingue ed è giunto alla 12ª edizione.

F. MEZZATESTA.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXVII (*Sezione Pratica*).

Il fasc. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXXVIII uscirà il 5 gennaio 1931.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.